277

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Par **Ernest LAMOUROUX**

Né à Paris le 17 février 1882
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

LES

PÉRITONITES DIFFUSES

PAR

RUPTURE DE PYOSALPINX

Président : M. SEGOND, *professeur*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD. WIDAL.
Pathologie médicale	TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DÉJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	N...
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (André)	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET (André)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

Externat

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

M. le Professeur ROGER (La Charité, 1903-1904)

M. le Dr André BERGÉ (La Charité, 1903-1904)

M. le Professeur agrégé CARNOT (La Charité, 1903-1904)

M. le Professeur RECLUS (Laënnec, 1904-1905)

M. le Professeur DELBET (Laënnec, 1904-1905)

M. le Dr MERKLEN, *in memoriam* (Laënnec, 1905-1906)

M. le Dr G. BROUARDEL (Laënnec, 1905-1906)

M. le Dr PAPILLON (Laënnec, 1905-1906)

M. le Dr JOSUÉ (La Charité, 1906-1907)

Internat provisoire

M. le Professeur agrégé OMBRÉDANNE
(Boucicaut, 1907-1908)

M. le Dr FAISANS (Hôtel-Dieu)

M. le Dr BARIÉ (Laënnec)

Internat

M. le Dr DEMOULIN (Saint-Louis, 1908-1909)

M. le Professeur agrégé RIEFFEL
(Saint-Louis, 1908-1909)

M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE
(La Charité, 1909-1910)

M. le Dr ROCHARD (Saint-Louis, 1910-1911; 1911-1912)

M. MOUCHET
Chirurgien des Hôpitaux

M. LENORMANT
Professeur agrégé

M. LAUBRY
Médecin des Hôpitaux

M. HUGIER

M. LIPPMANN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR SEGOND

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique chirurgicale à la Salpêtrière
Officier de la Légion d'Honneur

LES

PÉRITONITES DIFFUSES

PAR

RUPTURE DE PYOSALPINX

INTRODUCTION

L'idée d'un travail d'ensemble sur la rupture des pyosalpinx, en péritoine libre, nous a été donnée par un cas personnel, opéré, à l'hôpital Saint-Louis, par hystérectomie abdominale totale et guéri.

Nous avons voulu surtout essayer de montrer que les méthodes générales employées depuis ces dernières années dans le traitement des péritonites diffuses, mais surtout dans celles d'origine appendiculaire ou gastro-duodénale, et qui ont amélioré, dans de telles proportions, le pronostic de celles-ci, doivent s'appliquer, malgré quelques difficultés d'exécution, au traitement des perforations pyosalpingiennes.

Seuls les cas traités suivant ces données ont été suivis de guérison.

ÉTIOLOGIE

Les ruptures de pyosalpinx sont connues depuis longtemps. Elles représentent un accident rare et Lawson Tait commettait certainement une erreur d'interprétation en affirmant que près de 50 °/₀ des femmes atteintes de salpingite étaient menacées d'accidents brusques et mortels. Il est d'ailleurs assez difficile de fixer d'une façon à peu près exacte, la proportion des cas de rupture pyosalpingienne par rapport à celle des autres causes de péritonite diffuse, la plupart des statistiques mentionnant simplement les affections annexielles sans spécifier aucunement s'il s'agit de rupture, de torsion de pédicule de kyste, de rupture d'une collection péri-utéro-annexielle, etc.

Il est en tous cas incontestable que même en tenant compte de l'exagération de Lawson Tait, cette complication devrait être plus fréquente autrefois qu'aujourd'hui puisqu'on opère les malades alors qu'elles ne présentent pas, en général, des lésions aussi avancées.

La statistique apportée par Rehn, au congrès des chirurgiens allemands de 1909 mentionne 61 cas de péri-

tonite par lésions annexielles sur 449 cas de péritonite opérés de 1892 à 1907. Les lésions des annexes viennent donc comme cause de péritonite, en seconde ligne, aussitôt après l'appendicite, mais les cas de rupture en particulier ne sont pas spécifiés. Par contre, Bauer (de Malmœ), dans une communication faite à Stockholm, au dernier Congrès des chirurgiens scandinaves, donne une statistique des causes de péritonite libre qui précise mieux la question. C'est ainsi qu'il signale 10 cas de rupture de pyosalpinx pour 115 d'appendicite, 14 de perforation d'ulcères gastro-duodénaux et 13 de lésions variées. La rupture pyosalpingienne serait donc encore plus rare que la perforation de l'ulcère gastrique.

PATHOGÉNIE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Deux facteurs interviennent dans la production d'une rupture de pyosalpinx. Ce sont les modifications de la paroi tubaire, d'une part, qui agissent à titre de cause prédisposante, et l'action de divers traumatismes, d'autre part, qui intervient comme cause occasionnelle.

Le premier point, démontré par le professeur Delbet, dans son *Traité des suppurations pelviennes*, et repris par Gonsolin dans sa thèse, réduit à néant la théorie de l'éclatement pur et simple, condamnée déjà par ce fait que ce ne sont pas les poches les plus volumineuses qui se rompent.

Ces modifications de la paroi précèdent et déterminent la formation du pus, qui, par sa collection lente et progressive, va aboutir à la dilatation de l'organe alors que, à l'état normal, une injection poussée dans la trompe la rompt en un même point, entre les deux feuillets du méso.

En quoi consistent d'ailleurs ces altérations pariétales?

Tantôt ce sont des petits abcès interstitiels par l'intermédiaire desquels la cavité du pyosalpinx va pouvoir

s'ouvrir dans le péritoine, ou qui s'ouvriront isolément dans la séreuse comme le prouve le cas de M. Chevassu (*obs.* 23). Tantôt ce sont de petites ulcérations analogues par leur forme en cratère, à l'ulcère rond de l'estomac. Tantôt enfin il s'agit seulement d'un ramollissement de la paroi, d'une infiltration œdémateuse, d'une friabilité de la membrane d'enveloppe en rapport vraisemblablement avec une poussée récente.

L'action du traumatisme n'intervient donc qu'à titre de cause occasionnelle, mais celle-ci est évidente dans la plupart des observations. C'est tantôt un « coït impétueux » comme dans un des cas de Link (*obs.* 24) ou dans celui de Echols, un effort violent pour soulever un fardeau ou pour éviter une chute comme dans le second cas de Link (*obs.* 25). une chute sur le ventre comme chez la malade de MM. Proust et Mascarenhas (*obs.* 2). Dans le cas de M. Chevassu la perforation d'un abcès interstitiel de la trompe avait été provoquée par l'introduction violente d'un instrument dans l'utérus par la malade elle-même qui se croyait enceinte.

On a vu encore la rupture se produire après des manipulations utérines comme l'abaissement du col. M. Legueu a publié 2 cas (*obs.* 21 et 22) où la rupture est survenue au cours du palper bimanuel, favorisée, pense-t-il, par la situation sus-utérine de la poche et à cette occasion, le professeur Pozzi fit remarquer que les examens gynécologiques pratiqués sous anesthésie générale, prédisposent à cet accident à cause de la suppression de la contracture de défense de la paroi. La rétraction utérine, après l'accouchement, en tirant sur

les adhérences contractées secondairement par les trompes, agit de la même façon. Enfin le professeur Segond rapporte un cas de rupture provoquée par le massage et n'ayant d'ailleurs produit qu'une péritonite enkystée.

Nous n'insistons pas sur ces faits qui sont très bien étudiés dans la thèse de Gonsolin, de même que les lésions que nous allons rappeler très brièvement.

La perforation siège, cela est évident, sur une des faces péritonéales de la trompe, presque toujours à la partie moyenne ou externe.

Elle peut affecter deux types, le type fissuré comme c'était le cas chez notre malade et le type ulcéreux ; la lésion est alors représentée par une perforation irrégulière ou arrondie, en cratère, dont le diamètre va en décroissant de la muqueuse vers la séreuse.

Le diamètre en est variable, de celui d'une tête d'épingle à celui d'une pièce de cinquante centimes. En général unique, on a pu en observer de multiples et Bonney cite un cas de rupture simultanée des deux trompes.

La trompe perforée n'atteint pas, en général, un très gros volume, le fait vaut la peine d'être retenu, le pyosalpinx dépasse rarement le volume du poing comme c'était le cas dans notre observation. Quant à la cavité tubaire, presque toujours elle ne communique plus avec la cavité utérine, la rétention étant la condition de la salpingite. Il existe cependant des cas, tout à fait exceptionnels d'ailleurs, où la rupture a pu se produire bien que la cavité du pyosalpinx ait communiqué avec l'utérus.

SYMPTOMES

En dehors du cas particulier où la rupture s'est produite au cours d'un examen gynécologique, comme dans les deux observations de M. Legueu, et où l'accident se traduit par un petit craquement perçu en même temps par le chirurgien et la malade, coïncidant avec la disparition de la tumeur, dans presque tous les cas la rupture s'annonce brusquement, quelquefois même de façon dramatique, par une douleur violente, provoquant souvent la syncope, et siégeant dans la partie inférieure du ventre.

Cette brusquerie du début est notée dans la presque totalité des observations, mais alors que parfois, ce tableau impressionnant se déclare chez une malade en pleine santé apparente, comme chez celle que nous avons opérée, souvent, au contraire, l'accident survient chez une femme soignée depuis quelques jours pour une de ces poussées aiguës dont le rôle paraît si important dans la préparation de la perforation. Tel était le cas de l'opérée de Bonney. Et, à ce sujet, on peut se demander si cette douleur est liée à la perforation elle-

même ou si elle ne témoigne pas plutôt de la première réaction apparente du péritoine, comme semble le démontrer l'étude des deux cas, si instructifs, de Leguéu, de rupture de la trompe au cours du palper. Dans ces deux cas, en effet, M. Legueu avait perçu un petit craquement dont la malade avait eu également la sensation, mais sans douleur violente. Cette *sensation* de la malade ne tardait pas d'ailleurs, dans le second cas, où l'on n'avait pas opéré de suite, à se transformer en des douleurs « atroces » généralisées à tout l'abdomen, et cela, dix minutes seulement après la rupture, — le fait montre donc, en outre, combien est rapide la réaction de la séreuse. Notons enfin que cette brusquerie du début, jointe à la rapidité de l'évolution ultérieure donne à la mort une allure dramatique qui peut conduire à l'intervention du médecin légiste, cet accident, dans les cas suraigus, pouvant comme l'hématocèle, donner lieu au soupçon d'empoisonnement (Segond).

Cette douleur, primitivement pelvienne ou iliaque, ne tarde pas à se généraliser à tout l'abdomen, intolérable par sa violence et sa continuité. Les vomissements apparaissent, alimentaires et très rapidement verdâtres. La constipation, opiniâtre, sans arrêt des gaz, toutefois dans les premières heures, est la règle.

Ces malades, au début tout au moins, présentent le tableau classique du shock, du collapsus. Elles sont pâles, les membres et le nez sont froids, le facies est anxieux. Le pouls est rapide, petit, quelquefois affolé. Mais, presque jamais, la température ne reste normale ou ne descend au-dessous de 37°. Ce fait que nous démontrent, pour

ainsi dire, toutes les observations, se trouve donc acquérir une valeur diagnostique de tout premier ordre dans un tableau clinique qui ne présente aucun signe particulier et qui, de fait, a fréquemment donné lieu à des erreurs. En effet, parmi les cas que nous relatons, nous ne trouvons qu'un de M. Lejars (*obs. 5*) où, avec un pouls élevé, la température était restée à 37° et où d'ailleurs le diagnostic porté avait été celui d'hématocèle.

Que révèle l'examen de l'abdomen?

Presque toujours, dans les premières heures, il est rétracté; mais, au bout de quelque temps, il se ballonne, la paralysie de l'intestin l'emportant sur la contracture de la paroi. Il faut donc, dans le tableau général de ces cas, voir le ventre rétracté. Il l'est toujours à la période où l'on devrait opérer.

Ce ventre est *dur*, en bois. Il y a lieu d'insister sur ce signe qui ne manque dans aucune des observations et possède, pour le diagnostic de péritonite au début, par lésion viscérale, une importance capitale.

En tous ses points l'abdomen présente une sensibilité superficielle à la pression. A la percussion on ne perçoit que la sonorité normale du ventre, tout au plus un peu exagérée quand le ballonnement s'installe.

Par contre, le toucher vaginal renseigne toujours sur l'existence de lésions pelviennes plus ou moins étendues; il en était ainsi dans tous les cas que mentionnent les observations. Ces lésions du petit bassin font évidemment penser aux annexes comme cause possible de la péritonite, mais aucun signe ne permet d'affirmer la vraie cause, la rupture. L'interrogatoire renseigne

enfin, mais vaguement, sur l'existence d'un passé génital.

Il résulte de cette étude symptomatique que la rupture pyosalpingienne ne se traduit par aucun phénomène qui lui soit spécial. Elle donne lieu au tableau de la péritonite aiguë diffuse par perforation, et c'est, à ce sujet, volontairement, que nous n'employons pas le terme de péritonite généralisée rejeté à juste titre par les auteurs modernes pour la raison qu'aucun signe ne permet d'affirmer la généralisation vraie d'une péritonite et qu'en tous cas seule peut guérir la péritonite diffuse (diffuse peritonitis) ou péritonite libre de Lennander, c'est-à-dire avec pus librement répandu entre les anses intestinales voisines de l'organe causal, non encore généralisée à toute la séreuse.

FORMES CLINIQUES

Nous venons de voir les symptômes qui sont décrits dans la plupart des observations et nous avons essayé de discuter leur valeur. Or il y a lieu de décrire séparément deux modalités cliniques particulières des perforations salpingiennes. Ce sont, d'une part les salpingites perforantes, d'autre part les rapports de ces ruptures avec l'état puerpéral.

Les cas de salpingite perforante sont tout à fait rares M. Lejars a eu l'occasion d'en observer quatre personnels qu'il a rapportés en 1905 à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, et il revient sur la question dans la *Semaine Médicale* du 12 avril 1911. Ces 4 cas avaient donné lieu, pour 3 d'entre eux, à une péritonite mortelle. Lewers, cité par le professeur Delbet, en avait déjà rapporté un, mortel également. Dans tous ces cas et dans quelques observations plus récentes, les descriptions concordent. Ici il n'y a pas pyosalpinx à proprement parler, il n'y a pas poche de pus collecté, mais simplement processus spécial de lésion de la paroi, de nature gangréneuse, aboutissant à l'ulcération et à

la perforation sans qu'il y ait augmentation de volume considérable de la trompe.

D'ailleurs ces salpingites perforantes, dont l'évolution rappelle celle des appendicites gangréneuses, semblent liées à une infection peut-être spéciale, en tout cas très grave, si on en juge d'après le petit nombre de cas connus.

Les relations des ruptures pyosalpingiennes avec l'accouchement ou l'avortement, ont donné lieu à un certain nombre de publications. Quatre observations de rupture après l'accouchement sont signalées dans la thèse de Mary, et ce qui fait l'intérêt de ces cas c'est que la rupture ne s'est jamais produite au moment même du travail, pendant les contractions utérines, elle ne se produit qu'après au moins quelques heures. Il est vraisemblable d'admettre que les trompes, qui ont suivi le mouvement ascensionnel de l'utérus, ont contracté des adhérences secondaires dans leur nouvelle situation, et sont tiraillées, au point de se rompre parfois, au moment où l'utérus se rétracte.

Dans un autre ordre d'idées, M. Brindeau a rapporté en 1908, à la Société d'obstétrique de Paris, trois cas de rupture de pyosalpinx au cours de l'avortement et il paraît prouvé, à ce sujet qu'en dehors du cas spécial de M. Chevassu où l'instrument introduit violemment dans l'utérus avait provoqué l'éclatement d'un abcès pariétal de la trompe, la rupture de la poche est la conséquence d'une poussée infectieuse produite par l'avortement.

ÉVOLUTION. — PRONOSTIC

Livrée à elle-même, la péritonite peut s'enkyster, ainsi que Brin (d'Angers) en a cité un exemple. Presque toujours la péritonite diffuse se généralise, et dès lors la partie est perdue.

Le pronostic est lié à trois facteurs qui sont:

1° La précocité de l'intervention.

2° La nature même de celle-ci, puisque nous verrons que, seule une opération s'attaquant à la lésion causale aura des chances de succès.

3° La virulence des germes. Ce dernier facteur a incontestablement une importance capitale. Il est possible que le pus de certains pyosalpinx bien refroidis soit stérile. Un cas de Latzko, portant d'ailleurs sur la rupture d'un abcès de l'ovaire, dans lequel le pus recueilli au cours de la laparotomie, s'est montré stérile, semble le prouver. Pourtant ce cas n'apparaît pas comme démonstratif car on comprend mal comment l'ouverture d'une poche aseptique aurait pu produire les phénomènes observés chez la malade en question et qui témoignent de l'existence d'une péritonite diffuse des plus nettes (douleur, vomissements, fièvre à 39° 8, pouls fréquent).

En tous cas il est évident que la gravité des accidents doive être en rapports avec le degré plus ou moins grand de virulence des germes et il y a lieu de tenir le plus grand compte de la poussée qui peut reconnaître pour cause une espèce différente de l'espèce microbienne initiale. Quoi qu'il en soit, les examens bactériologiques, très rares et qui n'ont été pratiqués systématiquement que dans certaines cliniques allemandes ont démontré l'intervention de trois espèces, le gonocoque, le streptocoque et le colibacille quelquefois associés. La plupart des pyosalpinx ont pour origine le gonocoque, microbe moins virulent que les deux autres et ce fait expliquerait, pour Lecène, la gravité moins grande des péritonites d'origine utéro-annexielle comparativement à celle des péritonites d'origine gastro-intestinale ou appendiculaire. Les autres sont d'origine streptococcique ou cobibacillaire. Le streptocoque, introduit par la voie vaginale, est l'agent des lésions *post-partum ou post-abortum*. Les péritonites qu'il détermine sont d'une gravité toute spéciale. Le colibacille qui, venu de l'intestin, peut infecter secondairement le pyosalpinx, serait moins nocif.

DIAGNOSTIC

Deux erreurs ont été fréquemment commises en présence de pyosalpinx perforés. Très souvent les accidents ont été attribués à une péritonite d'origine appendiculaire, plus rarement à une inondation péritonéale par rupture de grossesse ectopique. Ces faits s'expliquent fort bien en l'absence de signe pathognomonique.

En ce qui concerne l'appendicite, l'erreur fut commise notamment dans le cas de Bonney qui, bien que connaissant chez sa malade l'existence de lésions pelviennes, discute les deux diagnostics, se rattachant plutôt à celui d'appendicite secondaire à la lésion pelvienne et perforée. L'erreur fut encore faite par M. Lejars (*obs. 4*), par Maun (*obs. 18*) par Echols, par Link (*obs. 24*). Et de fait le diagnostic est impossible par absence d'éléments, aucun symptôme n'existant en propre dans l'un ou l'autre cas, la perception de lésions par le toucher vaginal n'éliminant nullement la possibilité d'appendicite en raison de l'existence de ses formes pelviennes et de la cœxistence fréquente des deux affections. D'ailleurs l'erreur est de bien peu d'importance, l'intervention, dans les cas douteux, devant se faire toujours par la

ligne médiane, seuls les cas d'appendicite bien diagnostiqués ou avec signes de collection iliaque devant être abordés par la voie latérale.

Les cas de rupture pyosalpingienne pris pour hématocèle ont fait l'objet de la thèse de Krien qui en relate trois recueillis dans le service de M. Campenon.

M. Proust, dans le cas que nous reproduisons (*obs.* 2), M. Legueu dans une de ses deux observations (*obs.* 22), M. Lejars (*obs.* 5) commirent la même erreur. De fait, en raison de la brusquerie du début et de l'état de collapsus, les deux états peuvent se ressembler absolument, surtout dans les formes apyrétiques de rupture salpingienne.

Mais si l'on ne tient pas compte des faits exceptionnels il existe ici deux éléments de diagnostic, de la plus grande valeur l'un et l'autre, ce sont l'état de la température et l'existence d'un retard dans les règles.

L'état de la température, bien interprété, permettra en effet presque toujours de rattacher les accidents à leur vraie cause.

Jamais, dans une grande hémorragie, il n'y a de fièvre au début, le fait peut être affirmé et il est tout à fait exceptionnel que, dans la rupture d'une poche septique il n'y ait pas de fièvre.

D'autre part l'existence d'un retard de règles, accompagné ou non de pertes d'aspect marc de café, ne manque pour ainsi dire jamais dans la grossesse extra-utérine. C'est l'étude critique minutieuse de ces deux signes qui permit à Flatau de conclure avec raison au diagnostic de péritonite dans un cas qui avait été pris au début

pour une hématocèle. Il semble donc, que dans la plupart des cas, ce dernier diagnostic soit possible, l'étude de la courbe thermique d'une part, l'existence ou non de troubles menstruels d'autre part constituant des éléments de différenciation de première valeur.

Mais la question peut se poser d'une autre façon. Dans la plupart des cas, en effet, où l'origine annexielle des accidents avait été prévue, la vraie nature de la lésion, la rupture n'avait pas été précisée et, de fait, aucun élément ne permet de différencier la perforation tubaire des autres accidents aigus d'origine utéro annexielle, notamment la rupture d'une poche périmétro-salpingienne. En dehors d'un des cas de Mann (*obs.* 19) et du premier de Legueu où la perforation se produisit sous la main, au cours du palper, on s'en est en effet presque toujours tenu à localiser la cause de la péritonite dans l'appareil annexiel sans préciser la possibilité de rupture. Tel fut le cas dans notre observation personnelle, pour une des opérées de Link (*obs.* 25) et dans la plupart des cas publiés. Peu importe d'ailleurs, le diagnostic évident de péritonite commandant l'intervention, le seul fait d'en avoir localisé le point de départ dans les annexes en précisant la technique.

Au cours de l'état puerpéral le diagnostic n'a jamais été fait dans aucun des cas publiés. Et cela se conçoit ; les accidents sont presque fatalement attribués à des phénomènes d'infection *post-partum* ou *post-abortum* Toutefois il semble, théoriquement, que le diagnostic ne soit pas impossible, à la condition de connaître l'état antérieur de la malade.

L'apparition de signes de péritonite après le travail ou au cours de l'avortement chez une femme que l'on sait porter un pyosalpinx et qui ne présente pas de pertes fétides, indices de l'infection puerpérale, doit pouvoir faire penser à la possibilité de la rupture salpingienne et commander la laparotomie. D'ailleurs dans cet ordre d'idées le professeur Pinard avait déjà soutenu depuis longtemps que les phénomènes de l'accouchement, en dehors de l'infection, étaient incapables de donner une réaction fébrile, et que par suite l'apparition de celle-ci, sans autres signes, devait faire penser à l'existence d'une complication abdominale.

TRAITEMENT

Dans notre travail paru le 25 janvier 1910 dans les *Archives générales de chirurgie* nous soutenions, opinion basée sur un certain nombre d'observations et, en particulier la statistique publiée par Bonney, le cas de MM. Proust et Mascarenhas et enfin sur le nôtre, que le traitement, exclusivement chirurgical devait réunir deux conditions : être précoce et s'adresser à la cause de la péritonite. Or les nombreux travaux récents qui ont paru sur le traitement des péritonites diffuses et qui sont pour ainsi dire synthétisés dans la discussion du XXIV[e] Congrès de l'Association française de chirurgie aboutissent tous à la formule de ces deux indications capitales.

Le cas particulier des péritonites diffuses par rupture de pyosalpinx rentre donc absolument dans ces données générales et toutes les conclusions formulées lui sont applicables. Nous allons ainsi être en mesure de préciser les moindres détails de la conduite à tenir en présence de cette complication et par cela même de critiquer celle qui fut tenue dans nombre de cas, le nôtre en particulier. Nous allons donc examiner la série des

soins opératoires, pré et post-opératoires mis en œuvre actuellement dans le traitement des péritonites diffuses et nous tâcherons d'une part, par l'étude méthodique des cas opérés pour rupture de pyosalpinx, d'autre part par celle des conclusions des travaux récents parus sur le traitement des péritonites diffuses en général, de dégager la meilleure conduite à tenir dans le cas qui nous occupe.

A. — *Soins pré-opératoires.*

Nous insisterons peu sur eux, car ils s'adressent surtout à des malades affaiblis et l'on comprend que les injections sous-cutanées de sérum artificiel, d'huile camphrée, voire même de strychnine, à plus forte raison le lavage d'estomac indiqué dans le cas de vomissements verts ou brunâtres, perdent de leur importance dans un cas pris au début, condition, reconnue essentielle, du succès. Deux points cependant présentent une indiscutable importance, ce sont la question de l'anesthésie et celle de la position à donner à l'opérée.

La plupart des chirurgiens donnent, dans le cas de péritonite, la préférence à l'éther ou au mélange de Billroth, moins nuisibles pour le cœur que le chloroforme. Il semble, en effet, que l'éther administré avec l'appareil de M. Ombrédanne ou, à la rigueur, le mélange de Billroth avec l'appareil de M. Ricard provoque chez ces malades, souvent en état de shock et en tous cas intoxiqués, un traumatisme moindre.

En ce qui concerne l'application de la position de

Trendelenburg il est certain qu'en théorie on doive s'en abstenir pour ne pas risquer la contamination du péritoine diaphragmatique qui a des chances de ne pas être encore infecté. On ouvrira donc la paroi dans la position horizontale et certains auteurs recommandent même la position proclive ; mais une fois le ventre ouvert, si les anses intestinales viennent obstruer complètement le champ opératoire et s'opposer à la découverte rapide de la lésion causale, de deux maux il faudra choisir le moindre et, pour pouvoir faire vite, on inclinera la malade.

B. — *Opération.*

Celle-ci doit être précoce, pathogénique, rapide. La première proposition se passe de commentaires tant elle ressort de toutes les observations : tous les cas de guérison ont en effet été opérés dans les premières heures notre malade le fut au bout de douze heures, celle de MM. Proust et Mascarenhas encore moins, la première de M. Legueu immédiatement après la rupture, la seconde du même auteur une demi-heure après. Et la statistique recueillie par Bonney démontre que, dans les douze premières heures la mortalité ne dépasse pas 30 °/₀ alors qu'elle atteint 80 °/₀ après quarante-huit heures.

La seconde et la troisième proposition sont intimement liées l'une à l'autre. En effet, l'opération qui, en dehors de cas spéciaux où l'on se trouve en présence d'un plastron iliaque, que le diagnostic soit ferme ou hésitant,

doit se faire par la voie médiane sous-ombilicale, peut aboutir à la suppression de la cause de la péritonite, de plusieurs façons. La trompe perforée peut être enlevée isolément, comme cela fut fait dans presque tous les cas, notamment par L. Tait qui, en 1883, publia le premier cas de guérison opératoire.

Elle peut être enlevée avec la trompe du côté opposé comme le firent par exemple M. Lejars (*obs.* 5) et M. Legueu (*obs.* 21 et 22).

Elle peut être enlevée avec les annexes de l'autre côté et l'utérus au moyen d'une hystérectomie supravaginale comme le fit M. Lejars dans un autre cas (*obs.* 7) ou enfin au moyen d'une hystérectomie totale comme nous l'avons fait dans notre cas personnel. Or ces différentes opérations sont d'une durée tout à fait différente et il est de toute évidence que, s'il faut supprimer la cause de la péritonite, il ne faut réaliser cette indication qu'au prix de l'opération qui infligera à une malade, souvent très infectée et très intoxiquée, le minimum de traumatisme. M. Lejars, en particulier, insista, dans la discussion du Congrès de chirurgie, sur la nécessité de l'*opération minima*. Il faut, disait Murphy, entrer vite dans le ventre et en sortir plus vite encore.

Ces données suffisent, à notre avis, pour faire condamner l'hystérectomie totale, forcément longue et traumatisante, susceptible de déterminer une hémorragie de la tranche vaginale toujours dangereuse chez des malades aussi affaiblies. De plus le drainage déclive qu'elle réalise ne paraît pas supérieur, comme nous le verrons, au drainage sus-pubien, au point de faire

oublier la gravité plus grande de cette opération. Elle peut, peut-être, dans notre cas, trouver une excuse dans l'état général anormalement excellent de notre malade. Elle ne saurait être considérée que comme une méthode d'exception, l'état des malades en état de péritonite diffuse ne permettant pas, en règle presque absolue, une intervention aussi choquante. Et si nous nous trouvions, à l'heure actuelle, en présence du même cas, nous aurions recours à la seule ablation des annexes, tout au plus à l'hystérectomie subtotale, avec les restrictions que nous allons indiquer.

L'hystérectomie subtotale elle-même s'impose-t-elle, en effet, dans la plupart des cas? Nullement à notre avis. Elle devrait, nous semble-t-il, être réservée aux cas où l'importance des lésions du petit bassin rend pénible ou impossible la décortication des annexes. Il est évident que, dans ce cas, elle représentera « l'opération minima » puisqu'elle facilitera, au moyen du procédé américain ou de l'hémisection de M. J.-L. Faure, l'ablation des trompes et rendra ainsi l'opération moins longue.

En dehors de ce cas, on comprend mal l'utilité de l'hystérectomie simplement surajoutée à la salpingectomie.

L'ablation pure et simple des annexes paraît donc constituer, dans la majorité des cas, le procédé de choix, et encore ici, dans quels cas conviendra-t-il d'enlever les deux trompes ou seulement celle qui est perforée? En principe, pour se conformer strictement aux conclusions des différents auteurs, on devrait enlever seule-

ment le pyosalpinx perforé, cause unique de la péritonite et ne pas allonger une opération qui doit être très rapide par l'ablation de la trompe opposée. Telle fut d'ailleurs la conduite tenue dans maintes circonstances, par M. Proust notamment. Elle s'impose dans les cas très graves où manifestement le temps presse, dans le cas contraire, la conduite à tenir reste une question d'appréciation de la part du chirurgien, mais il est évident que le désir de prémunir la malade contre les risques d'une nouvelle perforation ne doit pas faire oublier l'intérêt majeur qu'il y a à terminer rapidement en présence de la complication présente.

La cause de la péritonite enlevée, que reste-t-il à faire pour finir l'opération ? Faut-il laver la cavité péritonéale, et cela de préférence en position proclive comme certains le recommandent ?

L'immense majorité des chirurgiens s'en abstient actuellement, prétendant surtout qu'il risque de contaminer les régions encore intactes du péritoine, et en tous cas qu'il est inutile. Aussi, nous n'insistons pas. Bonney avait pratiqué le lavage au cours de l'opération de sa malade. M. Potherat en est encore partisan, avec beaucoup de chirurgiens étrangers (Rotter, Vœtzel).

Faut-il drainer ? jusqu'à ces derniers temps la question eût paru oiseuse. Dans tous les cas que nous avons rassemblés, le drainage a été pratiqué. Il fut même le seul but de l'opération chez certaines malades opérées *in extremis*, mais il est évident que, malgré de très rares succès comme par exemple dans un des cas de la clinique du professeur Poncet, opéré par Delore

(*obs.* 16), cette méthode est irrationnelle et en contradiction formelle avec les idées récentes.

Mais l'indication même du drainage a été fortement discutée. Certains chirurgiens, dont, il faut l'avouer, les statistiques ne paraissent pas plus mauvaises que celles de la plupart, le rejettent prétendant que d'abord il est illusoire, le pus répandu entre les anses intestinales dans les recoins de l'abdomen, n'étant pas éliminé par le drain trop rapidement enkysté par des adhérences, ensuite qu'il est dangereux en favorisant la production des éventrations, des fistules stercorales, des ulcérations vasculaires. De fait les statistiques de Grant Andrew (de Glasgow) et de Bauer (de Malmö) ne semblent pas donner tort à cette conception. Celle de Bauer notamment, qui rapporte dix cas de rupture de pyosalpinx, signale neuf guérisons dont cinq malades chez qui la trompe avait été enlevée sans drainage consécutif.

Malgré ces faits, certainement intéressants, la majorité des chirurgiens sont restés fidèles au drainage. Nous ne signalerons que pour mémoire les drainages complexes qui sont signalés dans quelques observations, par exemple l'ancien drainage classique sus-pubien combiné avec celui des deux fosses iliaques au moyen de six tubes de caoutchouc, trois ascendants et trois descendants; ou encore le drainage rectal de Leonard Bidwell (de Londres) qui déverse par l'anus les sécrétions accumulées dans le Douglas; ou enfin le drainage abdomino vaginal lui-même que nous avions employé chez notre malade et le drainage vaginal soit après hystérectomie totale soit après perforation du Douglas.

Actuellement on tend à pratiquer un drainage beaucoup plus simple visant l'écoulement des liquides accumulés par la pesanteur dans le petit bassin. Ce drainage ne semble, en effet, nullement illusoire, dans les quarante-huit heures qui suivent l'opération. Employé par la plupart des chirurgiens qui placent, dans les péritonites à point de départ appendiculaire, un long tube, dépourvu de trous latéraux, dans la partie inférieure de l'incision iliaque et descendant jusque dans le Douglas ; qui pratiquent, pour le réaliser, dans les péritonites à point de départ gastro-intestinal ou vésiculaire une contre-ouverture sus-pubienne à la manière de Rehn, il trouve sa réalisation parfaite à la partie inférieure de la plaie de laparotomie médiane sous-ombilicale. Il est surtout utile quand on lui combine l'aspiration pratiquée plusieurs fois par jour. De plus il ne doit être pratiqué qu'au moyen de tubes de caoutchouc très souple et non au moyen de tubes rigides et de mèches de gaze. Enfin il ne doit pas être prolongé plus de quarante-huit heures car c'est à partir de ce moment, mais alors seulement, qu'il ne draine plus et peut devenir la cause des accidents qu'on lui a reprochés. *Pratiqué de cette façon le drainage ne paraît pas illusoire ; il n'est certainement pas dangereux.*

A notre connaissance, certaines manœuvres intra-péritonéales, comme l'injection d'huile camphrée à 1 %, préconisée par Glimm et dont certains chirurgiens ont introduit dans l'abdomen jusqu'à plus de 150 centimètres cubes, l'injection de sérum de cheval, d'huile de vaseline stérilisée, cette dernière préconisée par Ligabue

(de Florence) dans le but de prévenir la formation d'adhérences intestinales, l'introduction de sucre proposée par Kuhn (de Kassel) dans le même but, d'oxygène sous forme de courant continu, n'ont pas été appliquées spécialement dans le cas de péritonite par rupture pyosalpingienne. Leur efficacité, en ce qui concerne les dernières, toutefois, est d'ailleurs contestable.

Quoi qu'il en soit, la plaie doit être réunie complètement, aux fils métalliques de préférence pour éviter la contamination des fils résorbables par le pus, de façon à laisser juste le passage du drain à frottement, conservant ainsi la pression intra-abdominale favorable à l'expulsion des liquides sécrétés.

C. — *Soins post-opératoires.*

Ils ont pris, ces dernières années, dans l'esprit des chirurgiens, une importance de plus en plus grande et il est, de fait, incontestable qu'ils entrent pour une grande part dans l'amélioration manifeste des résultats obtenus dans le traitement des péritonites diffuses. Luttant, d'une part contre les phénomènes nocifs engendrés par la péritonite, essayant d'autre part de favoriser la réaction de défense naturelle de la séreuse, leur valeur respective est certainement très inégale. Quelques-uns ont fait leurs preuves et bien qu'ils n'aient pas encore été systématiquement employés dans les cas que nous reproduisons, il est de toute évidence que ces soins post-opératoires qui ont tant contribué à modifier le pronostic des péritonites d'origine appendiculaire ou gastro

duodénale par exemple, conservent toutes leurs indications dans les cas de péritonite par rupture pyosalpingienne. Nous serons brefs dans leur revue, voulant surtout essayer de démontrer qu'ils trouvent, dans le cas qui nous occupe, leur indication au même titre que dans les cas où ils ont été mis en œuvre.

Le professeur Hartmann, un des rapporteurs de la question au Congrès de l'Association française de Chirurgie, les classe de la façon suivante, selon un certain nombre d'indications.

La première est d'assurer l'évacuation des liquides toxi infectieux intra-abdominaux.

Nul doute, à ce sujet, que la position demi-assise de Fowler qui a détrôné complètement la position ventrale pénible à supporter et la position élevée du bassin, par trop illogique, ne constitue un perfectionnement de premier ordre. Combinée au drainage sus-pubien elle a été adoptée par presque tous les chirurgiens. Elle présente cependant un inconvénient qui est la difficulté de son application dans les heures qui suivent immédiatement l'anesthésie et qui représentent précisément le moment où son utilité serait le plus évidente. Aussi, dans les cas où par suite d'erreurs ou d'hésitation dans le diagnostic, l'incision n'aura pas été faite sur la ligne médiane, pourra-t-on avoir avantage à employer la position latérale préconisée par Walther dans les cas de péritonites d'origine appendiculaire.

La deuxième indication consiste à lutter contre le collapsus et l'intoxication. Dans presque toutes les observations qui sont à l'origine de ce travail, les injec-

tions sous cutanées de sérum artificiel à hautes doses ont été employées. Dans aucun de ces cas on n'a utilisé la proctoclyse continue de Murphy qui, soit dit en passant, ne se fait pas avec la solution saline normale, qui est un poison du cœur, peut-être un peu théoriquement il est vrai, mais avec une solution de chlorure de calcium. D'ailleurs les difficultés de son application lui ont toujours fait préférer en France les injections sous-cutanées qui, bien que ne permettant pas d'introduire dans l'organisme les mêmes doses formidables (plus de dix litres goutte à goutte en 24 heures), paraissent cependant suffisantes à la plupart des chirurgiens. Dans les cas très graves où l'on veut agir plus vite on a intérêt à pratiquer l'injection par voie veineuse en additionnant au besoin, la solution saline de quelque gouttes d'adrénaline suivant la technique de Heidenhain.

Enfin nous n'insisterons pas sur la nécessité des injections répétées d'huile ou d'éther camphré, de caféine, de strychnine qui ne trouvent dans le cas présent aucune indication spéciale ni sur l'opothérapie pituitaire, préconisée par C. Renton, S. Bishop et L. Bidwell et qui n'a pas encore fait ses preuves.

Une question d'administration médicamenteuse a pu prêter à discussion. Faut-il donner de l'opium à ces malades ? Certains reprochent aux opiacés d'ajouter à l'intoxication d'origine péritonéale une intoxication nouvelle, d'inhiber la leucocytose, enfin et surtout d'augmenter la paralysie de l'intestin, conséquence fatale de la péritonite. Le premier de ces griefs au moins, paraît vraiment illusoire et doit, en tous cas, semble-t-il, céder

devant les avantages que recueille l'opérée du calme et du sommeil provoqués par la morphine ou l'héroïne.

La troisième indication, d'importance capitale, consiste à agir contre la paralysie de l'intestin. Celle-ci est, en effet, désastreuse. Très pénible pour les malades en entretenant le météorisme, dangereuse en favorisant, par l'immobilisation du tube digestif, la production d'adhérences, elle peut, dans certains cas, être la cause de la mort par iléus paralytique. Il faut donc lutter contre elle avec la plus grande énergie. Notons que la proctoclyse tire de ce fait un de ses nombreux avantages puisqu'il est de règle, paraît-il, qu'elle suffise à provoquer l'émission des premiers gaz. Quoi qu'il en soit, il est indiqué de lavementer et de purger rapidement les opérées, dès le troisième jour en moyenne, quelquefois même dès le second. Quant aux injections sous-cutanées de sulfate d'atropine ou de salicylate de physostigmine, leur emploi ne s'est pas généralisé. Si l'ensemble des soins post-opératoires habituels à échoué, il est reconnu qu'il ne faut pas hésiter à assurer l'évacuation de l'intestin par une intervention, par l'entérostomie pratiquée à l'anesthésie locale. Des appareils d'un usage facile comme les tubes de Paul, de Mixter, l'appareil de Pinatelle et Rivière, la canule d'Ombrédanne permettent de la réaliser facilement et proprement. Cette opération, dans nombre de cas, a permis de sauver des malades ; son indication est donc des plus nettes quand les moyens médicaux ont échoué.

A ce propos nous ne citerons que pour mémoire les lavages de l'intestin pratiqués de haut en bas par la bou-

che de cœcostomie ou d'appendicostomie, tels que certains chirurgiens américains les ont employés et qui ne paraissent pas présenter d'avantages spéciaux.

Une quatrième indication consiste dans le traitement des vomissements. Il est bien connu maintenant qu'à la suite de toute intervention abdominale, dès que le malade tend à vomir au delà de vingt-quatre heures ou d'une façon anormale en fréquence et en quantité, toutes les fois que le malade éprouve de la dyspnée sans cause pulmonaire appréciable, quand le météorisme gastrique est très accusé, il faut pratiquer le lavage de l'estomac et le renouveler toutes les fois qu'il est nécessaire. Certes c'est une opération pénible pour les malades, moins en tous cas que les vomissements continuels ou que le siphonnage continu de l'estomac au moyen d'une sonde introduite par le nez et préconisé par Westermann pour obvier aux inconvénients du lavage. Gibson pratique le lavage systématiquement après l'intervention sur la table d'opération, pour prévenir les vomissements postanesthésiques.

OBSERVATIONS

Observation I (personnelle). — Mme X... entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de notre maître M. Demoulin pour des douleurs abdominales très vives accompagnées de vomissements.

La maladie a débuté très brusquement la veille, au milieu de la nuit. Les douleurs, d'abord localisées au côté droit de l'abdomen se sont rapidement généralisées et c'est à ce moment qu'ont apparu les vomissements d'abord alimentaires, puis verdâtres et bilieux La malade dit n'avoir pas eu de selle, mais rendre encore qnelques gaz par l'anus. L'examen montre un abdomen plat, plutôt un peu rétracté, véritable ventre de bois, uniformément douloureux. A la percussion, sonorité intestinale normale, pas de tympanisme prononcé. Malgré que les signes locaux tendent à établir avec netteté le diagnostic de péritonite aiguë généralisée, l'état général de la malade est relativement excellent ; le facies est un peu tiré mais non véritablement altéré, ni grippé. La langue est humide. La température rectale est de 39°. Le pouls bien frappé bat à raison de 110 pulsations à la minute. Le toucher vaginal permet de constater l'existence d'un empâtement très douloureux de tous les culs-de-sac. L'utérus est immobilisé et comme rivé au milieu d'une gangue diffuse

dont il est impossible de préciser les limites, la contracture des muscles de la paroi rendant impossible le palper bimanuel. L'interrogatoire de la malade ne donne aucun renseignement important. Le diagnostic de péritonite aiguë généralisée paraissait évident : la cause en était plus douteuse. Cependant les lésions que le toucher permettait de constater dans le petit bassin nous incitèrent à localiser dans les annexes le point de départ des accidents. L'intervention était urgente et nous décidons de la pratiquer immédiatement avec l'aide et les conseils de notre collègue Bodolec. Une incision médiane sous-ombilicale nous conduit dans une cavité péritonéale pleine d'un liquide purulent et fétide. Le péritoine est absolument libre d'adhérences et c'est à peine si on voit, de place en place, sur le péritoine viscéral, quelques fausses membranes très clairsemées. L'"appendice rapidement attiré à la plaie, est absolument sain et normal. Mais l'examen du petit bassin montre l'existence d'un double pyosalpinx adhérent et dont chacune des poches atteint environ le volume d'une pomme. Sur l'une des trompes, la droite, on voit nettement une fissure linéaire longue d'un centimètre environ et située à quatre centimètres de l'insertion utérine, fissure par laquelle la pression fait soudre du pus. Sur les conseils de Bodolec et en raison de l'excellent état général de la malade, nous nous décidons à enlever les deux trompes, cette rupture de la trompe droite étant le point de départ évident de la péritonite. Les deux poches se laissent aisément décoller ; nous pratiquons une hystérectomie totale. Un gros drain et une mèche assurent le drainage par le vagin. Nous laissons en outre un autre drain qui sort par la partie inférieure de la plaie abdominale. Le drainage ainsi établi, nous paraissant suffisant, nous ne faisons aucune contre-incision dans les fosses iliaques et nous

refermons la paroi abdominale en un seul plan aux fils d'argent. Les suites opératoires furent favorables. Dès le lendemain la température commençait à baisser progressivement et les vomissements cessaient. Le drain abdominal fut enlevé au bout de quarante-huit heures, ainsi que la mèche vaginale. Quant au drain vaginal nous ne l'avons enlevé que le sixième jour.

La guérison complète fut retardée par un incident ; les fils métalliques coupèrent les tissus et la plaie se désunit. Aussi la réparation de la paroi exigea-t-elle plus d'un mois. La malade, que nous avons revue récemment, a guéri parfaitement, mais au prix d'une assez large éventration.

Observation II. — Proust et Mascarenhas (*Bulletins de la Société anatomique, mai 1909*). — Le 11 mai 1909, vers 10 heures du soir, on amenait à l'hôpital Lariboisière, Mme L..., âgée de 40 ans, en proie à des douleurs abdominales épouvantables accompagnées de vomissements. Voici les renseignements qu'elle donnait sur sa maladie actuelle ; quelques jours auparavant, le mercredi 5 mai, elle était violemment tombée au cours d'un travail de ménage, et avait éprouvé une très vive douleur abdominale, puis tout était rentré dans l'ordre. Deux jours après, le vendredi 7 mai, les douleurs réapparaissaient et ne faisaient qu'augmenter les jours suivants. Mais ce n'est, à proprement parler, que dans la soirée du 10, le lundi, que ces douleurs devenaient véritablement inquiétantes et intolérables. A partir de ce moment elles ne cessèrent d'empirer encore. Les vomissements et le ballonnement apparurent dans la journée du 11 et, devant l'extrême gravité de son état, son transport à l'hôpital fut décidé. Dès qu'on l'examine, on est frappé de l'aspect profondément grippé de son facies, de son pouls misérable, battant au-dessus

de 120, malgré une température peu élevée, 38° à peine, de ses vomissements répétés et surtout de ses crises abdominales qui lui arrachent des gémissements. Le ventre est ballonné, contracturé, douloureux à la moindre palpation. Le toucher vaginal révèle un col de l'utérus très légèrement reporté en avant, et dans le cul-de-sac de Douglas, dont la sensibilité est exquise, surtout à droite, une masse tendue et douloureuse qui nous semble, à M. Mascarenhas et à moi, devoir être considérée comme la trompe droite. Le diagnostic peut se poser entre péritonite et rupture de grossesse tubaire. Je penche en faveur de ce dernier, d'autant que la malade accuse un léger retard de règles, et je décide une intervention commandée en tout cas par la gravité de l'état général. Avant cette crise, Mme L... était restée bien portante et avait mené deux grossesses à terme, l'une il y a quinze ans, l'autre il ya sept ans. La laparotomie est pratiquée à minuit avec le concours de M. Mascarenhas. Anesthésie chloroformique. Position déclive à peine indiquée. A l'ouverture du péritoine, pas de sang, mais du liquide trouble d'odeur fétide. L'S iliaque est relevée, écartée avec des compresses et la cavité du bassin apparaît pleine de pus, et ses parois, surtout à droite recouvertes de fausses membranes. Il existe à droite un énorme pyosalpinx qui remplit presque toute la cavité du Douglas. Afin de dégager tout à l'aise et sans effort, je commence par saisir l'utérus friable avec la pince que j'ai à ma disposition, (en l'espèce, une pince de Museux) et, examinant alors le pyosalpinx, je me rends compte qu'il est fissuré à sa partie postéro-inférieure, et que par là s'échappe le pus fétide qui remplit le Douglas. Insinuant alors ma main gantée derrière et sous la collation tubaire, je l'énuclée rapidement, jette une pince sur le ligament utéro-ovarien, une autre sur la corne utérine, et enlève ainsi le

pyosalpinx. Chose extraordinaire, les annexes de l'autre côté sont saines. Dans ces conditions étant donnée la gravité de l'état général, je décide de borner là mon intervention. Deux points de catgut sur l'utérus oblitèrent les déchirures causées par la pince à traction ; les pinces placées sur l'utéro-ovarienne et sur l'utérine au niveau de la corne droite sont remplacées par des ligatures. Large drainage du Douglas au moyen de mèches et d'un gros drain ressortant par la plaie abdominale. Suture de la paroi à trois plans. L'opération, très vite terminée, a peu shocké la malade, on lui fait cependant tout de suite 1.000 grammes de sérum. Les suites ont été simples. A cause de la septicité du pus épanché, il fut décidé de maintenir le drainage capillaire cinq jours. A ce moment, après une élévation vespérale le deuxième jour (38°7), la température étant revenue à la normale, les mèches furent retirées et aujourd'hui, dix jours après l'opération, la malade avec 37° de température et 72 de pouls, est aussi bien que possible.

M. Proust termine en disant que la rupture du pyosalpinx, dans son esprit, ne se produisit qu'à peine quelques heures avant l'opération, fait auquel il attribue le succès obtenu.

Observation III. — Rupture spontanée de pyosalpinx dans la cavité péritonéale, déterminant une péritonite aiguë généralisée par Charles-W. Bonney de Philadelphie (*Surgery Gynecology and obstetrïes*, nov. 1909). — La malade, une veuve de 36 ans, a été examinée pour la première fois en septembre 1907. Elle était alors affectée d'une paralysie faciale d'origine syphilitique certaine. On n'a pu apprendre que peu de choses sur ses antécédents, si ce n'est l'origine de sa syphilis contractée quelques années auparavant avec son mari. Vers le milieu d'octobre elle

consulta pour une douleur qu'elle ressentait au niveau de la partie inférieure de l'abdomen, surtout dans la région ovarienne droite, douleur qui irradiait dans la région lombaire. Elle se plaignait en outre d'un écoulement vaginal purulent et de ménorragies. Ces symptômes, disait-elle, dataient de plusieurs années, mais s'étaient accentués à la suite d'un curettage pratiqué dix-huit mois auparavant. A l'examen on constatait que l'utérus était gros et déplacé en arrière et qu'il existait à sa droite une masse nette, en même temps que la trompe gauche était un peu tuméfiée. On posa le diagnostic de pyosalpinx double avec endométrite et rétroversion utérine; on prescrivit un traitement palliatif en prévenant la malade qu'une intervention était nécessaire et s'imposait de plus en plus en raison de l'état général. Pendant quelque temps, une légère amélioration fut obtenue par ce traitement; or, le 6 novembre, la malade se plaignait d'une douleur pelvienne intense. L'écoulement vaginal purulent avait augmenté, succédant à une période menstruelle anormalement prolongée. Au toucher vaginal on sentit alors que la masse située à droite de l'utérus avait augmenté de volume. On prescrivit le repos au lit et on ordonna une médication interne anodine, et une application contre irritante sur la partie inférieure de l'abdomen. Le 8 novembre, la malade se trouvait mieux. Elle n'avait pas de fièvre, le pouls était lent, l'abdomen était insensible à la palpation, sauf au niveau de la région ovarienne droite, elle-même d'ailleurs peu douloureuse. Or le soir du 9 novembre, je fus appelé en hâte auprès d'elle ; on me prévenait qu'elle avait été prise tout à coup d'une douleur violente dans le ventre et qu'elle paraissait mourante. Je la trouvai dans le collapsus, gémissant, geignant et s'agitant sur son lit. Les jambes étaient fléchies, les extrémités froides, le front couvert de

sueur. L'abdomen était tendre et douloureux à la moindre pression. Le pouls était à 140, petit et faible. La température était à 100°4 Fa. Bref je me trouvais en présence du tableau typique d'une péritonite aiguë foudroyante. Par les bribes de renseignements obtenus de la malade elle-même et des informations données par son entourage, j'appris que les douleurs abdominales, dont elle souffrait les jours précédents, survenaient le matin de très bonne heure pour s'accuser au cours de la journée. J'appris également que, ce soir là, vers 6 heures, c'est au moment où elle revenait de son cabinet de toilette et gagnait son lit qu'elle ressentit une douleur brusque et violente au niveau de la partie inférieure de la fosse iliaque droite ; douleur tellement vive que la malade tomba à terre où elle devait, pensait-on, être restée quelques minutes avant d'avoir appelé à l'aide. La douleur augmenta d'intensité et ne tarda pas à se généraliser, en même temps que survenaient des vomissements répétés et deux frissons. Bien que le diagnostic ne fût pas douteux et que l'indication de la laparotomie ne fût pas discutable, à mon avis, j'étais perplexe en présence de l'apparition subite de phénomènes péritonéaux aussi violents. En effet, si la possibilité d'une rupture de la trompe droite était à envisager, il semblait plus vraisemblable que l'appendice, adhérent à la trompe, s'était infecté, ulcéré et perforé. La malade fut conduite au Methodist-Hospital et opérée à 11 heures du soir, c'est-à-dire cinq heures après l'apparition des premiers symptômes alarmants. Dès que l'abdomen fut ouvert, il s'écoula une quantité de liquide séro-purulent. L'intestin était un peu distendu et très congestionné, mais il n'y avait, à sa surface, aucune fausse membrane, et aucune adhérence n'unissait les anses entre elles. L'appendice était sain. Insinuant mes doigts dans le petit bassin, je dégageai facilement

du côté droit un gros pyosalpinx avec l'ovaire. La trompe avait les dimensions d'une grosse poire, de couleur violacée, déjà en partie affaissée et présentant, sur sa face antéro-supérieure, à peu près à égale distance de l'extrémité utérine et du pavillon, une perforation longue de 3/4 de pouce, large de la moitié, et de laquelle s'écoulait du pus.

L'extrémité frangée de la trompe était complètement fermée.

L'ovaire était élargi et adhérait à la trompe, mais sans faire partie de l'abcès. Tous deux furent enlevés. La cavité péritonéale fut lavée avec la solution saline normale chaude; un drain et une mèche de gaze furent placés, qui ressortaient par la partie inférieure de la plaie et la malade fut remise dans son lit. En raison de la gravité de son état (elle semblait à la dernière extrémité) je ne fis aucune tentative pour explorer le côté gauche du petit bassin. Dans les quarante-huit heures qui suivirent l'opération, l'état de la malade demeura précaire, mais, au bout de ce temps, il s'améliora et, au bout de la première semaine, la convalescence se poursuivit au point que la malade quittait l'hôpital le 1er décembre, trois semaines après l'opération.

Observation IV. — Lejars. (*Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie*, février 1905). — Le 13 décembre dernier, je trouvais dans mon service une jeune femme de 22 ans, apportée dans la nuit et sur laquelle nous n'avions aucun renseignement précis. Très affaissée, elle ne répondait, en effet, que par monosyllabes et ne se prêtait pas au moindre interrogatoire. Elle était malade depuis cinq ou six jours ; elle avait été prise brusquement, elle vomissait et souffrait du ventre depuis lors. Voilà tout ce qu'il fut possible d'apprendre. Le facies était pâle, grippé, la langue sèche ; le pouls

à 130°, très petit, la respiration fréquente. Le ventre était très volumineux, distendu également sur toute sa surface, dur et résistant. Le palper y réveillait partout et spécialement dans les zones déclives, hypogastre et fosses iliaques, une vive sensibilité qui, toutefois, semblait plus accusée à droite, dans la zone appendiculaire. Il n'y avait nulle part de matité appréciable. L'utérus n'était pas gros, le col n'était ni mou ni dilaté ; dans les culs-de-sac latéraux et les viscères on trouvait un empâtement diffus, mollasse, sans limites nettes. Péritonite généralisée, peut-être d'origine appendiculaire ; tel fut le diagnostic. L'intervention eut lieu immédiatement. Dès que le ventre fut ouvert, sur la ligne médiane, il s'écoula une abondante quantité de pus clair, fétide, épais, dans le petit bassin et la région sous-ombilicale et remontant dans les flancs, surtout à droite. Les intestins, rouges, étaient énormément distendus ; le cœcum était libre, aucun foyer, récent ou ancien, n'existait autour de lui. Le côté gauche du bassin était rempli par une volumineuse masse annexielle, composée d'un pyosalpinx perforé et d'un gros ovaire suppuré. Le tout fut rapidement libéré des fausses membranes fibrineuses, et enlevé après ligature d'un pédicule unique.

Il n'y avait rien de notable du côté des annexes droites. On fit, à la hâte, la toilette du ventre avec des compresses stérilisées, et quatre gros drains furent installés dans le bassin et les fosses iliaques, la paroi n'étant réunie que très partiellement en haut. Le lendemain, le météorisme était devenu encore plus considérable ; ni selles, ni gaz, pouls très misérable, pas de vomissement ; les accidents étaient ceux d'une intoxication stércorémique avancée. Je pratiquai, à la cocaïne, une entérostomie dans la fosse iliaque droite, sur la première anse grêle qui se présenta, mais il sortit a peine quelques gaz et une cuillerée de

liquide noirâtre ; la paralysie intestinale était généralisée et irrémédiable, et la malade succomba dans la nuit suivante. J'ajoute que l'examen du pus, prélevé au moment de la laparotomie, montra qu'il contenait exclusivement des streptocoques.

Observation V. — Lejars, *id.* — Il s'agissait d'une femme de 48 ans, chez laquelle les accidents remontaient à huit jours. Le ventre était ballonné, surtout dans la zone sous-ombilicale ; toute la paroi était en défense ; la face était grippée, le pouls à 130, petit, et contrastant avec la température qui était de 37° ; au toucher, on sentait l'utérus rétrofléchi et entouré d'une masse molle, demi-fluctuante, remplissant le cul-de-sac de Douglas. La péritonite était-elle d'origine pyosalpingienne ou procédait-elle d'une hématocèle suppurée. Cette dernière hypothèse était d'autant moins à rejeter que la malade avait perdu pendant huit jours, au début de la crise, après un retard d'un mois.

La laparotomie fut pratiquée séance tenante ; une fois l'épiploon relevé, on tomba sur une vaste nappe purulente, sans limites précises, qui remplissait le petit bassin et remontait jusqu'à l'ombilic ; le pus était épais, assez bien lié, non fétide ; les anses intestinales, météorisées, congestionnées, baignaient dans ce pus et n'étaient reliées que par de rares et minces fausses membranes. A droite on trouva un volumineux pyosalpinx, ayant les dimensions du gros intestin distendu, et d'ailleurs intact. A gauche il existait un autre pyosalpinx qui avait dû être de pareille grosseur, mais qui était présentement affaissé ; une large perforation par laquelle pénétrait aisément le pouce, occupait la partie postéro-supérieure de la poche. On enleva les deux tumeurs annexielles ; le bassin et les anses intestinales furent détergés au sérum chaud, deux drains laissés, avec une

mèche de gaze, dans le cul-de-sac postérieur et deux autres dans les fosses iliaques, puis la paroi fut partiellement réunie. Cette malade a guéri très simplement. L'examen du pus a montré la présence d'un bacille ayant les caractères du coli bacille et j'insiste, en passant, sur ces différences bactériologiques des péritonites qui, malheureusement, ne se révèlent que de seconde main, mais qui n'en expliquent pas moins, en grande partie, la diversité du processus et de l'évolution.

Observation VI. — Lejars, *id.* — Il s'agit ici, non point de péritonite généralisée, mais de suppuration diffuse, intraabdominale, d'extension considérable :

Les premiers accidents avaient débuté après un accouchement. La malade, une femme de 22 ans, déjà mère de deux enfants, était accouchée à terme, le 29 février 1901. Les suites avaient été fébriles, et depuis lors, les douleurs, s'étant cantonnées au côté gauche du ventre, n'avaient pas cessé. En décembre, elles étaient devenues plus aiguës ; elles s'accompagnaient de fièvre à grandes oscillations, de vomissements et d'un état d'infection générale de plus en plus inquiétant. La malade était entrée dans le service de notre collègue, le Dr Bourey, qui nous l'adressa. Toute la moitié gauche du ventre était alors occupée jusqu'à la hauteur de l'ombilic et jusqu'à la ligne médiane, par une énorme tuméfaction, une sorte de bloc épais, fixe, sans relief localisé, donnant une sensation vague de fluctuation profonde et très douloureux au palper. Le col était très haut ; à gauche et en arrière on retrouvait un empâtement diffus qui paraissait se continuer avec la masse ilio abdominale. J'opérai cette malade le 18 février 1902 ; je décortiquai d'abord les annexes gauches, encapuchonnées d'épiploon adhérent ; en haut et en arrière, la trompe, transformée en un volumineux pyosalpinx, communiquait par un

assez large orifice, avec une vaste collection purulente qui remplissait toute la fosse iliaque gauche et remontait jusqu'à l'ombilic. J'enlevai les annexes ; je fis une contre-ouverture au dessus de l'arcade crurale gauche et j'introduisis un gros drain dans la fosse iliaque ; deux autres drains passaient par la plaie médiane, un quatrième drain fut placé dans le vagin par le cul-de-sac postérieur. Après une assez longue période de suppuration, la malade guérit complètement.

Observation VII. — Lejars. Ruptures et perforations pyosalpingiennes. *Semaine médicale*, 12 avril 1911. — Une femme de 47 ans m'avait été adressée par M. le Dr Aubry pour une salpingite double ancienne. Elle souffrait du ventre depuis son dernier accouchement qui remontait à 21 ans ; les douleurs étaient surtout accusées pendant les huit jours qui suivaient les périodes menstruelles, et se manifestaient principalement à gauche. Sept mois auparavant, une sorte de crise était survenue, assez mal définie d'ailleurs et qui n'avait duré que peu de jours. Le 9 février, une crise nouvelle se produisait, caractérisée, cette fois, par des douleurs intenses, abdominales et lombaires, par des vomissements un peu verdâtres et de la fièvre. Elle cessait au bout de trois jours, et quand la malade entrait dans notre service, le 23 février, elle ne présentait plus ni fièvre, ni réaction péritonéale ; on trouvait l'utérus immobilisé et flanqué de deux grosses masses salpingiennes, prolabées et adhérentes. L'intervention était tout indiquée. Elle devait avoir lieu le 23 février. Ce matin-là, vers 9 heures, on vint me prévenir que notre malade était prise brusquement de douleurs abdominales extrêmement vives et de nausées ; je la trouvai gémissant et criant, les traits un peu tirés, le ventre légèrement distendu et

d'une sensibilité qui interdisait tout examen, le pouls à 120, la température à 38°. Je l'opérai tout de suite. A la laparotomie, je découvris une notable quantité de pus libre dans le bassin, la fosse iliaque droite et la région sous-ombilicale ; des traînées purulentes remontaient entre les anses grêles et le gros intestin, du côté droit. Après une détersion soigneuse de ce pus, j'examinai les deux tumeurs annexielles ; au niveau de la face antérieure du pyosalpinx droit, vers son tiers interne, une perforation circulaire, large comme une lentille, laissait sourdre du pus. Les deux tumeurs furent libérées et enlevées, avec l'utérus, par hystérectomie supravaginale. Une détersion nouvelle fut pratiquée aux compresses : les anses grêles déclives, le cæcum et l'S iliaque étaient dilatés et rougeâtres, mais la séreuse nullement dépolie, et, nulle part, il n'y avait de fausses membranes. Deux drains furent laissés dans le bassin, et un autre dans la fosse iliaque droite, et la paroi réunie au-dessus. Les suites opératoires furent des plus simples ; il n'y eut pas la moindre réaction, fébrile ou autre; au second jour, les drains étaient retirés ; la cicatrisation se fit régulièrement. L'opérée est aujourd'hui en parfait état. J'ajoute, avec regret, que le pus n'a pas été examiné ; peut-être était-il stérile, et l'on aurait alors l'explication toute naturelle de la bénignité de l'évolution ; mais la précocité de l'acte opératoire suffirait à en donner la raison.

Observation VIII. — Lejars. Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, février 1905. — Une femme de 30 ans entre dans mon service le 15 juin 1903 avec des accidents d'infection pelvi-abdominale grave : fièvre à 39°, pouls fréquent, vomissements, ballonnement du ventre, douleurs très vives au palper sous-ombilical. Le cul-de-sac postérieur est

rempli par une tuméfaction empâtée, mollasse, douloureuse, qui se prolonge des deux côtés, surtout à droite ; la défense de la paroi abdominale ne permet aucune constatation plus précise. La situation ne s'amendant pas, je pratique la laparotomie le 17 juin : l'utérus est refoulé en avant et en haut et se présente immédiatement sous la paroi ; derrière lui je décolle de l'épiploon adhérent et je pénètre dans une cavité rétro-utérine contenant un 1/3 de litre environ de pus clair, très fétide, d'odeur intestinale. Au fond de cette cavité, et à droite, on trouve une tumeur annexielle enveloppée de fausses membranes d'un jaune verdâtre et d'aspect sphacélique ; on la décortique, elle se compose d'un gros ovaire kystique et d'une trompe épaissie, rougeâtre, du volume du petit doigt, présentant au niveau de son tiers externe une perforation arrondie, à bords frangés et noirâtres, par où sort du liquide purulent et sanieux ; l'apparence est tout à fait celle d'un appendice perforé. Les annexes droites sont enlevées. A gauche on ne constate rien d'anormal. On ne voit pas l'appendice. On déterge le foyer qui se prolonge derrière le tiers supérieur du vagin, tapissé de la même membrane jaune verdâtre que nous signalions plus haut. On passe un drain dans le vagin par le cul-de-sac postérieur ; deux autres drains sont laissés par la plaie abdominale, réunie sur le reste de sa longueur.

Observation IX. — Lejars, *Id.* — Une autre malade, une femme de 28 ans, qui, suivant son dire, n'avait pas jusqu'alors souffert du ventre, s'était présentée avec des accidents qui nous avaient fait croire tout d'abord à une hématocèle rétro-utérine en voie de suppuration. Ces accidents dataient de trois à quatre semaines, leur début avait été assez brusque, ils se caractérisaient

par des douleurs dont l'acuité était croissante, un peu de ballonnement du ventre, de la constipation, quelques vomissements, de la fièvre ; au toucher, on constatait, derrière l'utérus refoulé en avant et malaisément délimitable, une très grosse masse en relief dans le cul-de-sac postérieur. Je pris le parti de faire la colpotomie le 28 avril 1903 ; je traversai une paroi vaginale très épaissie et je pénétrai dans une cavité rétro-utérine, qui ne contenait ni pus ni liquide quelconque ; en haut de cette cavité je sentais une masse vaguement arrondie, molle, non mobilisable, qui se prolongeait vers l'abdomen. Ne pouvant me guider à la vue et ne pouvant apprécier suffisamment la nature et les connexions de cette tumeur, je n'essayai ni de l'enlever ni de l'ouvrir et je me bornai à laisser un drain dans le cul-de-sac de Douglas, en tamponnant le vagin. Ces douleurs furent un peu amendées par cette intervention bâtarde, mais la fièvre continua et je visse développer dans la fosse iliaque, droite une sorte de plastron induré et douloureux qui s'étendait peu à peu. J'intervins de nouveau le 19 mai, par le ventre cette fois ; une incision pratiquée sur le bord externe du droit me conduisit d'abord sur le cæcum et l'épiploon adhérents ; après les avoir décollés et refoulés, je parvins jusqu'à la corne utérine et la trompe droite qui là, tout près de son attache, était largement rompue et presque sectionnée ; cette trompe d'ailleurs épaisse, friable, contenait du pus dans sa cavité mais ne formait pas de pyosalpinx, proprement dit, ni de poche volumineuse ; je décortiquai et enlevai trompe et ovaire, et je laissai un drainage. Le malade sortait guérie le 8 juin.

Observation X. — Lewers. — Rapportée par Delbet dans le *Traité des suppurations pelviennes*, résumée par Lejars. *Semaine*

Méd., 12 avril 1911. — Il s'agit d'une femme de 18 ans qui tombe malade le 18 octobre 1889 ; elle entre à « London Hospital » avec des douleurs abdominales, des vomissements, de la fièvre et des frissons, elle meurt le 25, sept jours après le début des accidents. A l'autopsie on découvre une péritonite généralisée ; la trompe gauche, éclatée dans sa partie externe, est le siège de deux ruptures ; l'une d'elles siège en un point qui n'est pas dilaté ; le pavillon n'est pas oblitéré. La trompe droite est de même rompue.

Observation XI. — L. Tait. — Trans. obst. Soc. of London, 7 nov. 1883. In thèse de Gonsolin (Lyon, 1908). — Femme mariée depuis plusieurs années. Pas d'enfants. Pyosalpingite chronique rendue aiguë. Laparotomie rapide. Issue d'une grande quantité de pus fétide. Trompe droite très adhérente et rompue. Ablation. Nettoyage et lavage de l'abdomen. Drainage. Guérison.

Observation XII. — Imlach. — Liverpool, *Med. chir. J.*, 1886. (In thèse de Gonsolin). — Malade qui avait refusé pendant plusieurs mois l'ablation des annexes pour pyosalpingite. Tout à coup éclatent des accidents de péritonite. L'auteur, appelé, trouve un abdomen distendu, mat à la percussion. Le pouls est à 160, la face et le corps couverts de sueurs froides. Mort imminente. Quand l'auteur entreprend, comme ressource désespérée, la laparotomie, du pus fétide et des matières fécales s'écoulèrent, et, quand il introduisit ses deux doigts, il trouva la trompe droite sous forme d'un large sac affaissé et le rectum perforé.

Observation XIII. — Huleux. — *Soc. Anat.*, Paris, 1907. (In thèse de Gonsolin). — « Rupture d'un abcès de l'ovaire droit chez une jeune fille de 17 ans. Péritonite généralisée, aiguë consécutive. »

Début brusque, opération quarante-huit heures après. Incision médiane, puis incisions latérales. Simple drainage par les trois incisions devant l'urgence de finir vite. Mort.

Observation XIV. — Poncet (in thèse de Gonsolin). — « Rupture spontanée d'une salpingite suppurée. Péritonite généralisée. Intervention. Mort. Autopsie. »

Opération un peu plus de quarante-huit heures après le début survenu en soulevant un enfant. Opération par M. Delore: Laparotomie médiane sous-ombilicale, on sent une collection salpingienne droite, mais l'état est tel qu'on se contente d'assécher et de drainer.

Observation XV. — Poncet (in thèse de Gonsolin). — « Péritonite généralisée par perforation d'une salpingite gauche. Intervention et mort. »

Début difficile à préciser car il y eut une rémission. Une trompe présente une perforation en tête d'épingle au milieu d'une plaque de sphacèle. Elle est enlevée. Drainage abdomino-vaginal. Mort.

Observation XVI. — Poncet (in thèse de Gonsolin). — « Péritonite généralisée due à la rupture d'un pyosalpinx droit. Drainage abdomino-vaginal. Pyosalpinx gauche avec abcès péritonéal. Ablation des annexes. Guérison. »

G. E..., 26 ans, entre le 26 juin 1905, dans le service de M. le Professeur Poncet, avec des signes de péritonite aiguë généralisée. Elle est dans un tel état qu'il est difficile de l'interroger. Réglée à 15 ans, ses règles sont depuis longtemps irrégulières et douloureuses. Elle n'a jamais eu ni fausse couche ni enfants ; actuellement ell n'a aucun retard de règles. Depuis six ans, elle a souffert plusieurs fois dans le bas-ventre, mais, par le repos au lit et l'application de vésicatoires, elle a toujours trouvé un soulagement. La dernière crise remonte à six jours; la malade fut prise brusquement de violentes douleurs dans le bas-ventre, l'ayant obligée à se mettre au lit. Depuis ce moment elle s'est mise à vomir et a présenté des signes péritonéaux ; la persistance de ces troubles l'amène à l'hôpital. A l'examen, on voit immédiatement que le ventre est ballonné, il existe une suppression complète des matières et des gaz. Vomissements porracés, la palpation de tout l'abdomen est douloureuse. Le toucher vaginal également, Les culs-de-sac sont tendus; en arrière et à droite, on reconnaît l'existence d'une collection, mais il est impossible de préciser davantage la situation et l'état des organes du petit bassin. La température est de 38°8 à l'entrée le pouls est à 130. La respiration à 60. En présence de ces symptômes, M. Delore, qui voit la malade à son entrée, fait le diagnostic de péritonite généralisée et décide une intervention immédiate.

Opération le 26 juin au soir (M. Delore). Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture de la paroi on constate de l'œdème dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et, dès l'ouverture du péritoine, il s'échappe une grande quandité de sérosité louche et fétide qui remplit toute la cavité abdominale. Sur les anses qui se présentent sous les yeux, il n'existe aucune adhérence. Après avoir évacué tout le pus, on recherche l'origine de cette

péritonite. L'appendice est sous les yeux, ne présentant aucune altération. Par contre, dans le petit bassin, on voit qu'il existe des traces manifestes d'inflammations anciennes et de pelvi-péritonite. Contrairement à l'étage supérieur de la cavité abdominale qui ne présente aucune adhérence, on voit que tous les organes du petit bassin sont recouverts d'exsudats plus ou moins anciens. Du côté droit enfin on trouve une poche tubaire affaissée et revenue sur elle-même, présentant du côté de l'abdomen une déchirure d'environ 1 cent. 1/2, et dans laquelle existe encore une certaine quantité d'un pus épais, beaucoup plus compact que celui qui inonde la cavité péritonéale. Par le toucher vaginal on reconnaît que cette poche représente bien la trompe droite. Mais, étant donné l'état général de la malade et la diffusion de la péritonite, on se contente de l'ouvrir largement et de faire un drainage abdomino-vaginal qui traverse en même temps la poche tubaire, on se sert pour cela d'un gros drain en caoutchouc. En outre, du côté de l'abdomen, on laisse quelques mèches intrapéritonéales. Le lendemain de l'intervention, la malade est toujours dans un état grave; la température reste à 39° ; le pouls est toujours aussi rapide et la respiration aussi accélérée. Les vomissements ont persisté toute la nuit. Abcès de fixation au niveau de la cuisse. Mais, dès le troisième jour, on note une amélioration sensible et on voit, peu à peu, s'atténuer et disparaître tous les signes de la péritonite. Cinq jours après l'intervention, la température est revenue à peu près à la normale; le pouls et la respiration sont moins accélérés. Les vomissements qui avaient persisté jusque-là s'arrêtent à leur tour. Par la double ouverture abdominale et vaginale, il s'écoule une grande quantité de pus très fétide. Lavage quotidien par le drain. La malade est allée à la selle avec des lavements ; mais

elle ne peut uriner spontanément et on est obligé de la sonder régulièrement. Du côté de l'abcès de fixation on note de l'induration et de l'œdème des téguments.

13 juillet 1905. — L'amélioration continue. Ouverture de l'abcès de fixation. On retire le drain par le vagin en ne le laissant que dans le cul-de-sac postérieur.

22 juillet. — La malade reprend de la température. L'état général est moins satisfaisant. Il existe manifestement des signes de rétention. Sous anesthésie on agrandit l'incision vaginale ; on trouve alors une volumineuse collection remontant jusque dans la fosse iliaque droite. On enlève les débris de la trompe droite et on laisse un drainage vaginal.

Quinze jours plus tard on constate l'existence d'une nouvelle collection dans la fosse iliaque gauche. On fait alors une nouvelle laparotomie à la malade.

Incision d'une poche périsalpingienne et ablation d'un pyosalpinx gauche. Drainage abdomino-vaginal. A la suite de cette troisième intervention, la malade se relève assez rapidement. Elle part en convalescence à la Croix-Rousse, le 13 octobre, complètement rétablie. Toutes les incisions sont cicatrisées ; la malade souffre encore dans le pelvis ; elle a eu récemment quelques métrorragies. Au toucher l'utérus reste encore un peu gros.

Observation XVII. — Poncet (in thèse de Gonsolin). — « Péritonite généralisée par rupture de l'ovaire droit au cours d'une annexite suppurée. Intervention. Mort. »

Claudine B..., cuisinière, 36 ans, amenée à l'Hôtel-Dieu, le 10 janvier 1907. Pas de troubles menstruels. Une grossesse

normale il y a quinze ans. Pas de pertes blanches. Cependant, depuis ses dernières règles qui vinrent le 25 octobre 1906 et qui furent de durée et de quantité ordinaires, la malade souffrait un peu pendant la miction et éprouvait de la cuisson à la vulve et à l'anus. Elle n'avait toutefois aucune perte jaunâtre, verdâtre. Progressivement elle ressentit des douleurs dans le côté droit du bas-ventre, et le 7 janvier, ces douleurs s'accrurent, s'accompagnèrent de vomissements alimentaires et bilieux. La malade s'alita et vit un médecin qui trouva de la fièvre et prescrivit un purgatif. Celui-ci exaspéra les vomissements mais ne produisit aucune évacuation de matières. Le lendemain un lavement purgatif resta également sans effet. Le 9, la malade absorba d'elle-même un verre et demi d'eau de Villacabras. C'est alors qu'elle ressentit une violente douleur dans la fosse iliaque droite, accompagnée de frissons et lipothymies, la détente se fit, une forte débâcle eut lieu par l'anus et la malade se crut améliorée, mais rapidement l'état général s'aggrava. Le pouls devint rapide, le facies se grippa et l'on amena la malade à l'hôpital. Un examen rapide permit de faire le diagnostic de péritonite généralisée d'origine annexielle (temp. à 39°6, pouls à 130). M. Delore intervint d'urgence une heure après l'entrée de la malade. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il s'écoule une quantité considérable de liquide, d'abord seulement louche, puis enfin nettement purulent. On garnit de compresses la partie supérieure du champ opératoire et l'on va à la recherche des annexes du côté droit qui se détachent presque spontanément après application d'une pince sur leur pédicule, En cours d'opération on aperçoit l'appendice qui est tout à fait sain. On termine par un drainage abdomino-vaginal au moyen d'un gros drain et l'on remplit l'abdomen de mèches de gaze. Malgré une opération qui avait

été aussi complète et aussi rapide que possible, la malade meurt vingt-quatre heures après dans l'algidité.

L'examen de la pièce opératoire montre une trompe à peu près normale. La paroi est ferme et régulièrement épaissie. Elle contenait cependant un peu de pus. L'ovaire, par contre, était plein de pus et gros comme un œuf de poule. On le voit formé de deux poches, l'une interne et l'autre externe, séparées par une cloison médiane de 3 à 4 millimètres d'épaisseur. La poche interne, accolée à l'orifice tubaire, présente, au voisinage du du pavillon de la trompe, une première perforation circulaire des dimensions d'une pièce d'un franc, en tissu sain. A la face opposée, il en existe une autre, un peu plus petite, entourée de tissus sphacélés.

La poche externe offre également deux perforations à l'emporte-pièce, situées, l'une vers le pôle externe en tissu relativement sain, l'autre sur la face postérieure en plein tissu nécrosé. La face postérieure de l'ovaire est donc sphacélée ou en voie de le devenir dans toute son étendue.

Observation XVIII. — E.C. Mann. *American Journal of obstetrics* (octobre 1907) (in thèse de Gonsolin). — Mrs E..., femme de basse classe, me fut envoyée par le Dr Beebe et admise à Buffalo General Hospital, le 16 février 1907. Elle était amaigrie, pâle et anémiée. L'histoire de son affection pelvienne remonte à plusieurs années, mais, dans ces trois dernières, elle avait observé une recrudescence de ses anciens symptômes. A l'entrée, la température oscillait entre 100 et 101° Farenheit. Le pouls était à 100, la respiration à 22. Je l'examinai le matin de l'entrée ; l'abdomen était dur, l'utérus immobilisable et, de chaque côté, on sentait une masse d'ancienne péritonite pel-

vienne. Le soir du deuxième jour, quelques signes de péritonite apparurent d'après le chirurgien de l'hôpital, et, le matin du troisième jour, on observait tous les symptômes d'une péritonite plus ou moins généralisée. Température 97° Far. Pouls 144. Respiration 44. L'examen du sang montre : leucocytes 18.000. Hématies 3.700.000. Hémoglobine 75 °/₀. Iode : réaction positive. Le tableau était celui de shock avec agitation, yeux brillants, l'abdomen était dur et météorisé. Plusieurs chirurgiens ne donnèrent aucune idée précise sur la cause de cet état et on ne songea pas à une rupture de la trompe. Mon propre diagnostic fut « rupture de l'appendice ». Sous anesthésie à l'éther on fit une incision au niveau du point de Mac Burney. Les intestins étaient injectés, mais l'appendice très petit et absolument normal. On put voir, de chaque côté, une masse basse, mais comme il était impossible de libérer les adhérences à travers l'incision précédente, on fit une laparotomie médiane sous-ombilicale. Grâce à cette incision, la trompe droite fut mise à jour, liée et enlevée. Le bassin fut asséché et l'abdomen refermé. Un hydrosalpinx du côté gauche fut respecté par suite du mauvais état général de la malade. On plaça un drain dans l'incision abdominale et de la gaze iodoformée dans le cul-de-sac. Ils furent enlevés respectivement le deuxième et le troisième jour. La trompe environ de la grosseur d'un pouce, apparut ulcérée et perforée à un pouce du pavillon. Dans son intérieur existait encore une légère quantité de matière purulente. Durée de l'opération : trente-cinq minutes. La guérison de la malade se fit sans interruption. On ne fit pas de cultures. Le diagnostic clinique était gonorrhée.

Observation XIX. — E. C. Mann (in thèse de Gonsolin). — M. B..., reçue à Buffalo General Hospital, le 18 juin, service du Dr Mann ; 42 ans, trois enfants de moins de 12 ans, deux fausses couches après le dernier il y a environ neuf ans. Elle garda le lit quatre semaines avec douleurs dans le bas-ventre, fièvre et pouls élevé.

Depuis cette date, jusqu'à il y a trois ans, elle jouissait d'une bonne santé quand, à l'occasion d'une période menstruelle, les douleurs dans le côté de l'abdomen reparurent, et elle reprit le lit pendant quatre semaines. Depuis elle a toujours souffert, la douleur en arrière et de côté s'irradiant vers les cuisses. Le 16 juin, elle avait été examinée par le Dr Riester, de Buffalo, qui fit le diagnostic d'abcès tubo-ovarien. Deux jours après, il fut appelé dans la nuit. La malade était presque dans le collapsus. L'abdomen était très dur à ce moment, et la masse du côté droit semblait plus petite qu'au début. On fit le diagnostic exact et la malade fut opérée la même nuit. Le sac contenait à peu près 2 onces de matière purulente ; la rupture se voyait dans la partie ovarienne du sac, de la grosseur d'une pièce de 5 francs environ. L'abdomen, lavé avec une solution salée, on établit un drainage et on referma la paroi.

La malade recouvra bientôt la santé. L'examen microscopique montra un diplocoque intracellulaire, ne prenant pas le Gram ; on put obtenir une culture pure sur agar acétique, mais non sur agar ordinaire.

Observation XX. — Robb (*The Lancet*, 1906). — « Rupture mortelle d'un pyosalpinx pendant le travail. »

Femme vigoureuse et de bonne santé, accouchée au forceps après trois jours de travail. Le deuxième jour après l'accouche-

ment, la mère présente dans l'après-midi deux vomissements, quatre selles et quelques coliques. Aucune tension et aucun ballonnement de l'abdomen. L'utérus est facile à palper. Langue bonne et humide ; température 37°7, pouls 100. Le troisième jour, la malade va mal ; elle a vomi à plusieurs reprises et se plaint de violentes douleurs abdominales. Elle est très déprimée. Le pouls est à 140. La température à 98° Far. L'abdomen n'est ni dur ni ballonné ; un peu de sensibilité au palper de l'utérus. Elle meurt dans la soirée. Autopsie : Péritonite. Du pus, épais et jaune, s'échappe de la trompe gauche.

Observation XXI. — Legueu (Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie. Séance du 11 mai 1903). — « Rupture de pyosalpinx au cours d'un examen gynécologique. Laparotomie immédiate. Guérison. »

Mme X... 27 ans, entre à Necker, salle Laugier, n° 15, en décembre 1895. Cette malade était entrée à l'hôpital pour des douleurs de ventre et des pertes de sang. Sans enfants, n'ayant non plus jamais eu de fausses couches, elle commença, il y a quatre ans, à éprouver des douleurs dans le bas-ventre, au moment de ses règles surtout. Elle continua cependant à travailler pendant dix-huit mois ; à ce moment sa santé s'aggrava subitement ; elle eut dans le ventre des douleurs plus vives, des accès de fièvre vespéraux. Elle consulta son médecin et on lui aurait fait une incision vaginale suivie de drainage (probablement une colpotomie). A la suite de cette opération elle se remit presque complètement, les douleurs disparurent.

Elle eut cependant des règles très abondantes, mais, malgré cela, elle avait repris une bonne santé et continuait à travailler, lorsque, il y a quatre semaines, elle se remit à souffrir de

nouveau. Les douleurs qu'elle éprouve sont localisées dans le ventre, des deux côtés. Elles sont presque continuelles et retentissent du côté des reins. En même temps, elle perd en blanc abondamment. A l'examen, que je pratique, le 20 décembre, je constate, au palper, une grosse tumeur médiane sus-pubienne, remontant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Cette tumeur est mobile par son pôle supérieur. Elle est douloureuse et paraît nettement dépressible. Au toucher je trouve le col petit, non ulcéré au fond du vagin. Le cul-de-sac gauche est libre ; le cul-de-sac droit, au contraire, est empâté. Pour définir la nature de cette tumeur, je cherchais, avec ma main droite, placée sur l'abdomen, à sentir soit le fond de l'utérus soit la dépendance de la tumeur avec l'utérus. Je parvins à sentir le fond de l'utérus en antéfléxion, au-dessous de la tumeur, au-dessus de la vessie. Mais, au moment où j'appliquais une dernière fois la main sur la tumeur, je sentis un tout petit craquement, la malade ressentit une sensation douloureuse et la tumeur s'affaissa instantanément. Il ne pouvait y avoir aucun doute, je venais de rompre une poche et, sans attendre que les accidents se développent, je fis préparer, de suite, ce qu'il fallait pour faire une laparotomie d'urgence. Le passé de cette malade, l'induration constatée dans le cul-de-sac droit, tout cela me faisait supposer que je venais de rompre un pyosalpinx. Je n'étais pas renseigné sur le degré de septicité du pus ; dans le doute il fallait opérer d'urgence par la laparotomie.

L'opération fut pratiquée environ une heure et demie après le moment de la rupture. La malade, anesthésiée et aseptisée, fut placée en position déclive. A l'ouverture du ventre il s'échappe du pus et du sang ; le pus baigne les aines intestinales ; celles-ci sont épongées avec des compresses, et réclinées puis proté-

gées. Au-dessus de l'utérus et sur la ligne médiane, apparaît une poche ridée, affaissée ; c'est la trompe du côté gauche placée en situation sus-utérine, et dont le contenu, environ 200 grammes d'après le volume de la poche, s'est répandu dans le ventre. La déchirure, une déchirure nette, siège au point de la convexité le plus aminci. La trompe est enlevée, ainsi que l'ovaire, qui altéré aussi, est sous-jacent à la trompe. A droite il existe dans le cul-de-sac postérieur une salpingo-ovarite également suppurée. Celle-ci, très adhérente, est enlevée avec peine et son pédicule est lié près de la corne utérine. L'utérus est laissé en place. Le pelvis est nettoyé avec des compresses aseptiques ; j'établis un drainage à la Mickulicz dans le cul-de-sac postérieur et la paroi abdominale est refermée par un triple étage de sutures, l'opération avait duré vingt-cinq minutes ; les suites furent simples : le premier jour, la malade n'eut ni fièvre ni vomissements Elle resta calme et on ne jugea même pas utile de lui faire du sérum. Le pouls est à 100. Le lendemain, le pansement extérieur, très taché, fut changé; les mèches furent enlevées le troisième jour et remplacées par un tube. La température ne s'éleva pasà plus de 38.. Le pouls se montra maximum, au deuxième jour, à 108 mais descendit dès le lendemain à 100. Au bout de quatre semaines, la malade quittait l'hôpital guérie. La fistule s'était oblitérée au dix-huitième jour.

Observation XXII. — Legueu. Id. — Rupture de pyosalpinxau cours du palper bimanuel. Laparotomie immédiate. Guérison. — Mme X..., 27 ans, entrée à l'hôpital Broca le 21 août 1899, dans le service du professeur Pozzi, que j'avais l'honneur de remplacer. Réglée à 12 ans, règles régulières abondantes et très douloureuses, durant de cinq à six jours. Jamais d'enfants

ni de fausses couches. Depuis plus de quatorze ans, pertes jaunes verdâtres, dont le début est obscur. Elles sont très abondantes, continuelles, sans odeur, elles n'occasionnent pas d'irritation. Depuis trois semaines elles ont augmenté et s'accompagnent de douleur à la miction. En même temps les douleurs abdominales diffuses auxquelles la malade était sujette ont pris un caractère aigu et se sont localisées dans les deux fosses iliaques, principalement à gauche. Ces douleurs s'irradient aux cuisses, aux reins, à l'anus; elles présentent le caractère paroxystique, les mictions sont fréquentes et un peu douloureuses. Au toucher on trouve un col de nullipare, petit, laissant sourdre un pus jaune verdâtre. Du côté droit on trouve des annexes très volumineuses, douloureuses, prolabées derrière l'utérus.

A gauche, volumineuse tumeur, occupant le cul-de-sac, avec empâtement considérable, très douloureux. Elle remonte à près de 6 centimètres au-dessus de l'arcade crurale. Diagnostic : métrite blennorragique, pyosalpinx double, surtout à gauche. Cystite blennorragique.

Le 29 août 1899. — A la visite du matin pendant l'exploration bi-manuelle de la tumeur, M. Legueu a l'impression d'une rupture brusque de la tumeur. La malade perçoit, au même moment, cette rupture, mais sans ressentir de douleur vive ; la masse que l'on sentait par l'abdomen disparaît complètement. La malade n'accusant aucun trouble immédiat, on décide seulement de la surveiller et de se tenir prêt à intervenir, le cas échéant. Dix minutes au plus après l'accident, débutent des symtômes extrêmement violents : Douleur atroce généralisée à tout l'abdomen; vomissements verts, bilieux, affolement et petitesse du pouls avec tendance à la syncope ; ces derniers signes sont si prononcés qu'on pense à une hémorragie interne. En pré-

sence de cet état grave on porte la malade à la salle d'opération l'intervention est pratiquée une heure après la rupture de la poche. Opération, par M. Rebreyend, interne du service. Laparotomie. Incision de 10 centimètres ; en présence de l'inondation possible du péritoine par le sang ou le pus, on s'abstient d'abord de mettre la malade en position déclive. Sitôt le péritoine incisé, issue très abondante d'un pus brunâtre, au milieu duquel nagent de petits caillots. On éponge tant que l'on peut, ce pus, en insinuant dans le petit bassin de grandes compresses aseptiques. L'intestin, minutieusement protégé par des compresses aseptiques larges, superposées en plusieurs couches, on remarque que les anses intestinales, qui se présentent les premières à la vue, sont rouges, congestionnées. La malade est, seulement alors, mise en position déclive. On trouve à gauche un énorme pyosalpinx développé aux dépens de la portion externe de la trompe; les deux tiers internes sont seulement très épaissis, flexueux, congestionnés. Le pyosalpinx, très adhérent et extrêmement friable, présente, à peu près à 1 centimètre de l'endroit où la trompe se dilate, une rupture dans le sens transversal, de 6 à 7 centimètres de longueur, par où s'échappe en abondance du pus brunâtre, à la pression de la tumeur. Celle-ci est décortiquée avec les plus grandes difficultés et extirpée par lambeaux mais presque en totalité, sauf sa partie tout à fait profonde. Ligature de la trompe au ras de la corne utérine ; ligature isolée du ligament rond. On bourre provisoirement une compresse dans la cavité pour explorer le côté droit.

De ce côté, gros pyosalpinx très adhérent et comblant en partie le Douglas qui est totalement fermé par des adhérences. En outre, une anse d'intestin grêle passe transversalement au-dessus et en arrière de la tumeur en lui adhérant intimement.

On détache l'anse intestinale adhérente et l'on essaie de décortiquer la tumeur; celle-ci crève pendant les manœuvres et l'on doit, comme la précédente, l'extirper par morceaux. Heureusement la grande cavité est bien protégée et l'on peut éponger le pus au fur et à mesure de son issue au dehors. Hémostase comme de l'autre côté. La tumeur a absolument la même disposition que la précédente. On fait alors une revue hémostatique des deux côtés. On lie quelques points saignants et on fait, de chaque côté, un surjet hémostatique et occlusif, prenant les deux feuillets du ligament large et chargeant autant que possible, le fond de la cavité de décortication. De chaque côté, dans la zone limitée ou les feuillets du ligament large ne peuvent être adossés, on bourre, cette fois définitivement, une mèche de gaze indoformée, trois autres mèches sont placées ensuite derrière l'utérus, dans le Douglas reconstitué par décollement, de façon à former une sorte de rideau transversal au-dessus du petit bassin.

La paroi est suturée par trois sujets de catgut (séreux, musculaire, cutané) ; un point profond, au fil d'argent, renforce la suture en son milieu.

L'opération a duré 1 h. 1/4. La malade est reportée dans son lit. On lui fait, dans le courant de la journée, 1.500 grammes de sérum en 3 fois ; 2 pilules d'extrait thébaïque de 0 gr. 05 chacune. La malade se réveille tranquillement ; elle vomit une seule fois dans la journée. La température qui était de 39° 4 avant l'opération, descend de 1 degré (38° 4) sitôt la malade reportée dans son lit. Pouls avant l'opération 120. Après l'opération 100. Le soir 120. Le lendemain, même état, ni ballonnement, ni vomissements, ni naussées. 1000 grammes de sérum en 2 fois. Même dose d'extrait thébaïque. Température 39° 4-39° 2. Pouls 130-

120. A partir de ce jour le pouls et la température descendent parallèlement, on constipe encore la malade deux jours, on lui continue la même dose de sérum. Le cinquième jour purgatif léger, selle abondante. Le quatrème jour (2 septembre) la température est tombée à 38° 2 ; le pouls se maintient à 100. On enlève sans incidents les mèches, on les remplace par un drain. Le lendemain température 37° 6-37° 8. Raccourcissement du drain. Ablation du fil profond le 4 septembre. Suppression définitive du drain le 5. La guérison se poursuit sans aucun incident.

Observation XXIII. — Chevassu. — *Bulletins et Mémoire de la Société anatomique de Paris*, janvier 1910, page 79). — « Péritonite généralisée par rupture d'un abcès salpingien au cours de manœuvres abortives. »

Le 16 août 1909, je suis appelé comme chirurgien de garde dans le service de mon maître Picqué auprès d'une malade atteinte de « plaie perforante de l'utérus avec début de péritonite ». Je trouve une femme d'une quarantaine d'années, mère de deux enfants, qui, se croyant enceinte à la suite d'un retard de règles de dix jours, s'est introduit la veille, dans l'utérus ? une longue canule en os. Les douleurs ont commencé dans la nuit. La malade est entrée à l'hôpital à midi, il est cinq heures au moment où je l'examine. Le ventre est un peu ballonné, légèrement tendu, un peu sensible à la pression, partout, mais surtout dans la région sus-pubienne. La température est à 38°9 ; le pouls est mauvais, petit, rapide, à 130. Au toucher l'utérus est un peu gros ; le col paraît tout à fait banal, il n'est ni mou, ni déchiqueté. Son orifice est étroit ; l'utérus est mobile, le cul-de-sac vaginal postérieur est douloureux. La perforation utérine est loin d'être certaine ; d'autre part la réaction péritonéale est

nette, et l'interne du service, M. Métivet, qui a suivi la malade pendant trois heures, constate que le pouls devient plus mauvais d'heure en heure. Une laparotomie s'impose. Chloroforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine est plein déjà de liquide purulent. Quelques adhérences légères dans le petit bassin. L'utérus est notablement plus gros qu'un utérus normal, il est dur irrégulièrement mais il ne présente ni sur sa face antérieure, ni sur son fond, ni sur la partie haute de sa face postérieure aucune trace de perforation. Mais mon attention est tout de suite attirée sur les annexes gauches qui sont grosses et à demi prolabées dans le Douglas. L'ovaire est sanguinolent.

Il adhère en partie à la trompe qui fut transformée en une salpingite qui semble pleine de pus. Or, sur cette trompe, au-dessus de la zone d'adhérence de l'ovaire, on distingue une plaque blanc jaunâtre au centre de laquelle se trouve un petit pertuis par lequel sort une goutte de pus. La péritonite est due apparemment à cette perforation tubaire. Les annexes droites semblent normales, l'appendice également.

L'exploration du fond du Douglas n'est pas possible, les couches interstitielles distendues se laissent écarter difficilement et la face postérieure de l'isthme utérin fait une saillie qui rétrécit singulièrement la partie supérieure du cul-de-sac. Aussi bien la cause de la péritonite semble-t-elle manifeste sans qu'il soit besoin de plus ample exploration. Pour la même raison je renonce à drainer le petit tamis par le Douglas, comme je l'aurais désiré, tout en hésitant à pratiquer, pour assurer un meilleur drainage, une hystérectomie qui me semble bien grave, en l'état général. Je draine donc seulement par la paroi abdominale, je place deux gros drains médians, l'un plongeant en bas, l'autre remontant en haut et, dans les fosses iliaques, deux

autres drains qui sortent par deux petites incisions latérales. M. Métivet a bien voulu m'envoyer les renseignements que voici sur les suites opératoires : la température est tombée le lendemain de l'opération à 37° 6 pour remonter ensuite progressivement jusqu'à 39° 4. Le pouls est resté petit et rapide malgré les injections de sérum et d'huile camphrée. La malade a déliré presque continuellement jusqu'à sa mort qui est survenue quatre jours et demi après l'opération.

L'autopsie a démontré qu'il n'existait ni perforation utérine ni perforation vaginale. La paroi postérieure de l'utérus était occupée par un fibrome interstitiel et il n'y avait pas trace de grossesse. La pièce opératoire a été fixée en totalité au Bouin ; la salpingite cause de tout le mal, présente les dimensions d'une grosse noix ; son orifice abdominal est complètement oblitéré. J'ai pu, sur cette salpingite, pratiquer des coupes qui passent exactement par la perforation. Ce sont ces coupes que je présente à le société. A l'œil nu et surtout à la loupe on distingue parfaitement la topographie des lésions.

La trompe a été coupée perpendiculairement à son grand axe ; comme elle est relativement très aplatie, on peut lui distinguer une paroi antérieure, à peu près normale, et une paroi postérieure, à peu près normale, et une paroi postérieure sur laquelle siègent les altérations ; la moitié basse de cette paroi postérieure est limitée par une surface linéaire, la surface suivant laquelle on a séparé, avant l'inclusion, l'ovaire et la trompe mutuellement adhérents. La cavité tubaire est vide sauf au pôle supérieur de la préparation, où persistent encore quelques flocons de fibrine englobant des leucocytes. Dans la paroi antétérieure de la trompe, la muqueuse déplissée a perdu la presque totalité de ses villosités saillantes. Elles sont réduites seulement

à l'état d'ébauche, néanmoins l'épithélium est pourtant conservé et l'infiltration leucocytaire sous-épithéliale est peu considérable. L'épaississement de la paroi, dans son ensemble, est dû surtout à une infiltration œdémateuse qui s'accumule sous le péritoine et dissocie la partie superficielle de la tunique musculaire. La paroi postérieure ne présente plus aucune apparence de muqueuse ; elle est occupée par une série de petits abcès miliaires qui semblent bien développés au niveau des canaux lymphatiques. Le plus volumineux de ces abcès mesure 8 millimètres dans son grand axe, atteint la surface de la trompe et se déverse à l'extérieur, il reste au contraire à une certaine distance de la cavité tubaire ; le centre de l'abcès est déjà désintégré et la cavité ainsi formée communique avec l'extérieur par un canal étroit que l'on suit d'un bout à l'autre sur la coupe. Quelques lames de fibrine sont appliquées à la surface de l'abcès, de part et d'autre du pertuis.

Il ne s'agit donc pas ici, à proprement parler, d'une perforation ou d'une rupture de la trompe, mais de l'ouverture intra-péritonéale d'un abcès développé dans la paroi tubaire. Cette ouverture a certainement été la cause de la péritonite généralisée qui a entraîné la mort. Les accidents péritonéaux ont suivi de si près les manœuvres abortives qu'il est difficile de ne pas voir en ces dernières la cause déterminante des accidents ; les manipulations violentes que la malade a fait subir à son utérus ou à son cul-de-sac postérieur vaginal ont suffi sans doute, pour rompre dans le péritoine, un abcès préexistant de la paroi tubaire.

Observation XXIV. — G. Link (Indianopolis. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome XI, déc. 1910. Prise dans le

Journal de Chirurgie, fév. 1910). « Rupture traumatique d'un pyosalpinx suivie de péritonite diffuse ».

Une jeune fille de 25 ans, qui souffrait déjà depuis quelque temps de douleurs abdominales attribuées à une appendicite, fut prise brusquement, après un coït impétueux, d'une très vive douleur dans la fosse iliaque droite ; elle eut ensuite des nausées, mais pas de vomissements. Au bout de trois jours, son état s'aggrava beaucoup; elle avait un pouls à 110; une température de 38°7; son ventre était partout sensible et contracturé, mais le maximum de douleur siégeait dans la fosse iliaque droite. On fit le diagnostic d'appendicite aiguë avec péritonite. L'incision iliaque droite montra du pus libre dans le péritoine, l'appendice était normal, mais la trompe droite était transformée en un pyosalpinx fissuré, d'où s'écoulait du pus. Ablation du pyosalpinx. Drainage. Guérison.

Observation XXV.— G. Link (*Id.*).— Une femme de 32 ans, mariée et souffrant quelquefois du ventre (signes d'infection gonococcique deux ans auparavant) fit, un jour, un violent effort musculaire pour échapper à une chute dangereuse. Immédiatement survinrent des signes graves d'infection péritonéale diffuse ; elle vomit à plusieurs reprises, souffrant beaucoup dans la partie inférieure du ventre. Dix-huit heures après l'accident initial, pouls à 115. Température 39. Le ventre était contracturé et très douloureux, surtout au niveau de l'hypogastre. Par le toucher vaginal, on sentait dans les culs-de-sac latéraux, une masse arrondie, douloureuse, se continuant avec l'utérus. On fit une opération immédiate. Incision médiane sous-ombilicale. Il s'écoule du pus odorant à l'ouverture du péritoine ; ce pus

était diffusé entre les anses intestinales. On trouva de chaque côté de l'utérus, un pyosalpinx dont l'un était fissuré ; par la fissure il sortait du pus. Ablation des 2 pyosalpinx. Drainage. Guérison.

CONCLUSIONS

Les ruptures pyosalpingiennes constituent un accident rare. La plupart des statistiques ne précisant pas, à propos des causes annexielles de péritonite, les cas où il s'agit de rupture, il est difficile de fixer un pourcentage exact. Il semble pourtant qu'elles viennent, par ordre de fréquence, immédiatement après les perforation des ulcères gastroduodénaux.

Deux facteurs interviennent dans leur production :

Les modifications de la paroi tubaire, à titre de cause prédisposante ;

L'action de différents traumatismes à titre de cause occasionnelle.

Leur début est brusque, syncopal et dramatique. Elles donnent lieu au tableau de toute péritonite diffuse, sans signes particuliers, mais deux symptômes tirent toutefois de leur fréquence presque constante, une valeur diagnostique de premier ordre; ce sont l'hyperthermie et la contracture du ventre que l'on retrouve dans presque toutes les observations.

A côté de la rupture du pyosalpinx il faut faire une place à la salpingite perforante, comparable à l'appendicite gangreneuse.

Au cours de l'état puerpéral, la rupture se produit, non au moment du travail, mais après, pendant la rétraction utérine. A l'occasion d'une fausse couche, elle est le résultat d'une poussée infectieuse provoquée par celle-ci.

Le pronostic est lié à trois facteurs qui sont :

La précocité de l'intervention;

La nature de celle-ci, qui doit s'attaquer à la cause ;

La virulence des germes, les péritonites d'origine streptococcique étant les plus graves.

La rupture pyosalpingienne donne très fréquemment lieu à deux erreurs :

Couramment les accidents sont rattachés à une péritonite d'origine appendiculaire. L'absence de signes spéciaux à l'une ou l'autre affection rend le diagnostic impossible. Celui-ci n'a d'ailleurs aucune importance, l'intervention, en dehors de cas spéciaux, devant toujours se faire par la voie médiane.

Plus rarement les accidents sont attribués à une hématocèle. Dans ce cas, en général, le diagnostic est possible, en raison de l'existence de deux symptômes de grande valeur, l'absence de fièvre ou même l'hypothermie qui sont exceptionnelles dans la péritonite, et l'existence d'une perturbation menstruelle.

Au cours de l'état puerpéral, les accidents ont toujours été attribués à l'infection *post partum* ou *post abortum*.

Le traitement des péritonites diffuses par rupture de pyosalpinx doit bénéficier des progrès réalisés, lors de ces dernières années, dans les traitements qui furent surtout appliqués aux péritonites d'origine appendiculaire et gastro-duodénale.

Toutes les indications du traitement de ces péritonites s'appliquent au cas spécial de péritonite par rupture pyosalpingienne :

L'opération doit être précoce ;

Elle doit être pathogénique ;

Elle doit être rapide, et pour cela devra consister en général dans l'ablation pure et simple de la trompe perforée sans hystérectomie, celle-ci ne devant être pratiquée que quand elle facilitera l'ablation de l'organe malade, pour réaliser en un mot, «l'opération minima».

Les soins postopératoires, employés dans le traitement des péritonites d'origine appendiculaire, n'ont été que peu ou pas appliqués au traitement des péritonites par rupture salpingienne. Ils trouvent, dans ce cas, leur indication au même titre.

Vu, et approuvé,
le Président de thèse,
SEGOND

Vu le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Gonsolin (Thèse de Lyon, 1908). — Contribution à l'étude des péritonites généralisées par rupture de pyosalpinx.

P. Delbet. — Traité des suppurations pelviennes.

Cotte et Chalier. — Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales (Août 1907, XI, 4, p. 579).

Krien (Thèse de Paris, 1898). — De la rupture des salpingites purulentes simulant l'hématocèle.

Mary (Thèse de Paris, 1908). — Sur un cas de rupture de pyosalpinx pendant l'accouchement.

Brindeau (Société d'obstétrique de Paris, séance du 16 avril 1908, in Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1908, p. 692). — Trois observations de salpingites ayant entraîné la mort après un avortement.

Chevassu (Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris. Janvier 1910, p. 79). — Péritonite généralisée par rupture d'un abcès salpingien au cours de manœuvres abortives.

Lejars (Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Paris, février 1905, p. 22). — Notes sur les salpingites perforantes.

Lejars (Semaine médicale du 12 avril 1911). — Ruptures et perforations pyosalpingiennes.

Bonney (Surgery, Gynecology and Obstetrics, novembre 1909). — Spontaneous rupture of pyosalpinx into the

general peritoneal cavity, producing acute diffuse peritonitis.

Proust et Mascarenhas (Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris, mai 1909, p. 294). — Pyosalpinx fissuré ayant déterminé une péritonite aiguë généralisée ; extirpation, drainage, guérison.

Lamouroux (Archives générales de chirurgie, janvier 1910). — Les péritonites par rupture de pyosalpinx.

Legueu. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique, gynécologie et pœdiatrie de Paris, 11 mai 1903.

Echols (Surgery, gynecology and obstetrics, décembre 1910). — Traumatic rupture of pus tubes, causing diffuse perifonitis.

Latzko (Zentralblatt für Gynækol., 6 février 1909, p. 224). — Diffuse eitrige Peritonitis bei eitringen Adnextumoren.

Flatau (Münch. med. Wochenschrift, 18 octobre 1910, p. 2212). — Pyosalpinx.

Galliard et Chaput (Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 5 novembre 1909, p. 502). — Salpingite Eberthienne ; opération d'urgence. Guérison.

Segond. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus (t. VIII, p. 224).

Brin. — Archives Médicales d'Angers. 1900, p. 4.

Robb. — The Lancet, 1906.

Pichevin (Semaine gynécologique, 1908). — Rupture des poches salpingo-ovariennes et péri-salpingo-ovariennes.

Lecène (Journal de chirurgie, octobre 1911). — Remarques sur le traitement des péritonites aiguës.

Bauer. —Archiv. für Klinische chirurgie, tome XCVI, fasc. 4.

Ligabue (Clinica chirurgica. Tome XIX, n° 9). — Sur les moyens de prévenir la formation des adhérences péritonéales. Recherches expérimentales.

Baisch. — Muenchener medezinische Wochenschrift. Tome LVIII, n° 38.

Arnaud (Thèse de Lyon. Juillet 1911). — Traitement des péritonites diffuses aiguës.

Rehn. — Rapport au Congrès des chirurgiens allemands, avril 1909.

R. Morison. — Discussion du LXXIXe Congrès de l'Association Médicale Britannique.

Lafourcade. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie. Mars 1911.

Halpenny et Gowell. — Surgery, Gynecology and Obstetrics. Janvier 1911.

Schmid. — Archiv. fur Klinische Chirurgie. Tome XCIV, fasc. 1, 1910.

Link (Surgery, gynecology and obstetrics. Tome XI. Décembre 1910). — Ruptures traumatiques de pyosalpinx suivies de péritonite diffuse.

Gerster. — Annals of surgery. Tome LI. Avril 1910.

Hirschel. — Muenchener medizinische Wochenschrift. Tome LVII, 12 avril 1910.

Volterrain (Riforma medica. Tome XXVI, nos 8 et 9). — L'entérostomie dans la péritonite.

Voetzel. — Archiv. für klinische chirurgie. Tome XC, fasc. 3.

Gibson (Presse médicale, 30 octobre 1909). — Communication au XXIIe Congrès de l'Association Française de chirurgie.

Hartmann. — Rapport au XXIVe Congrès de l'Association Française de chirurgie.

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN